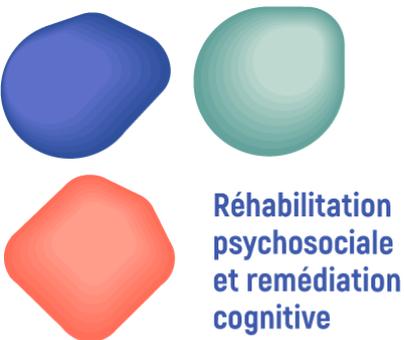




Réadaptation et rétablissement des personnes avec troubles psychotiques à Grenoble



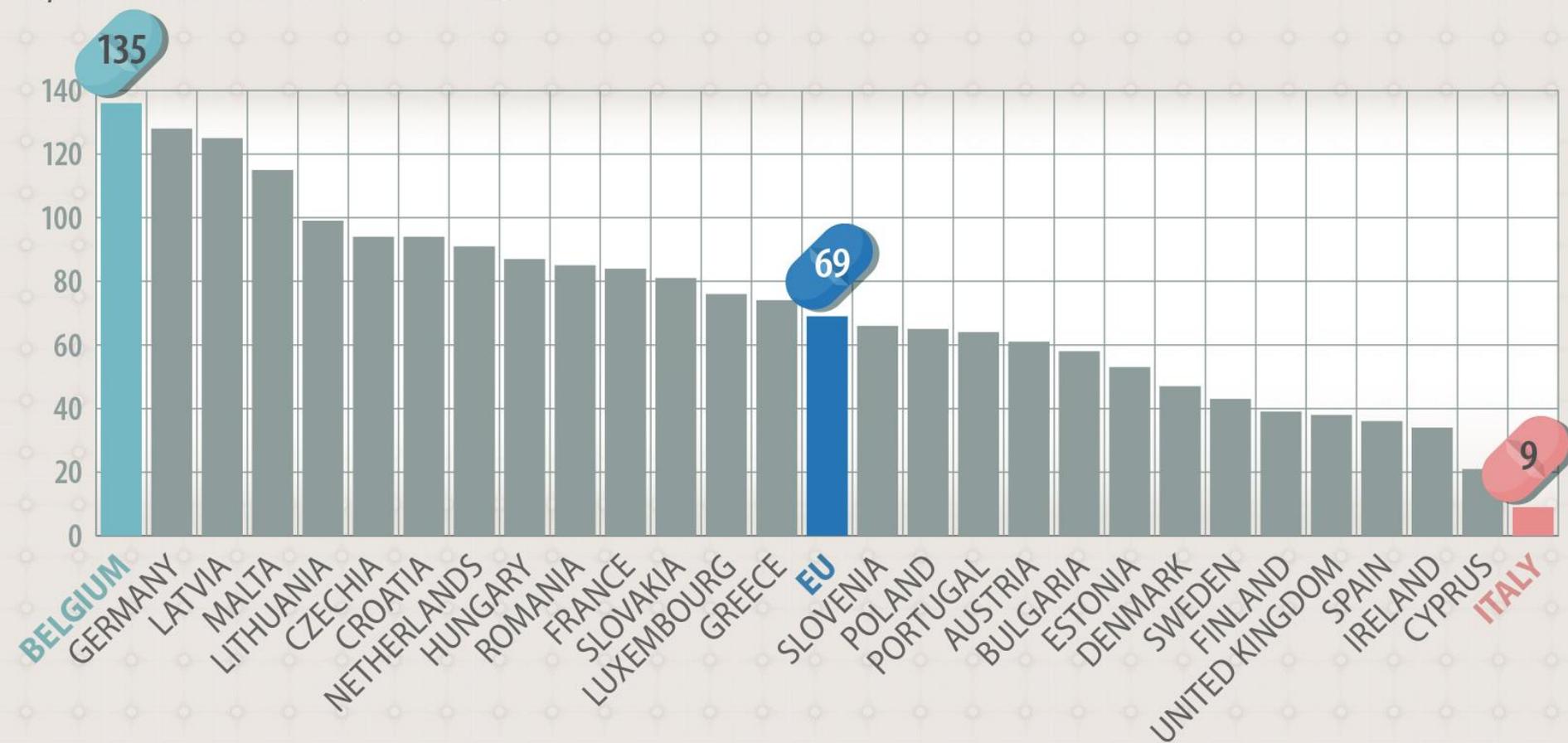
05/11/21
Dr J. Dubreucq
(MD, PhD)

**fondation
fondaMental**
Réseau de
coopération scientifique
en santé mentale

ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE

Hospital beds for psychiatric care in the EU Member States

(per 100 000 inhabitants, 2017 data)

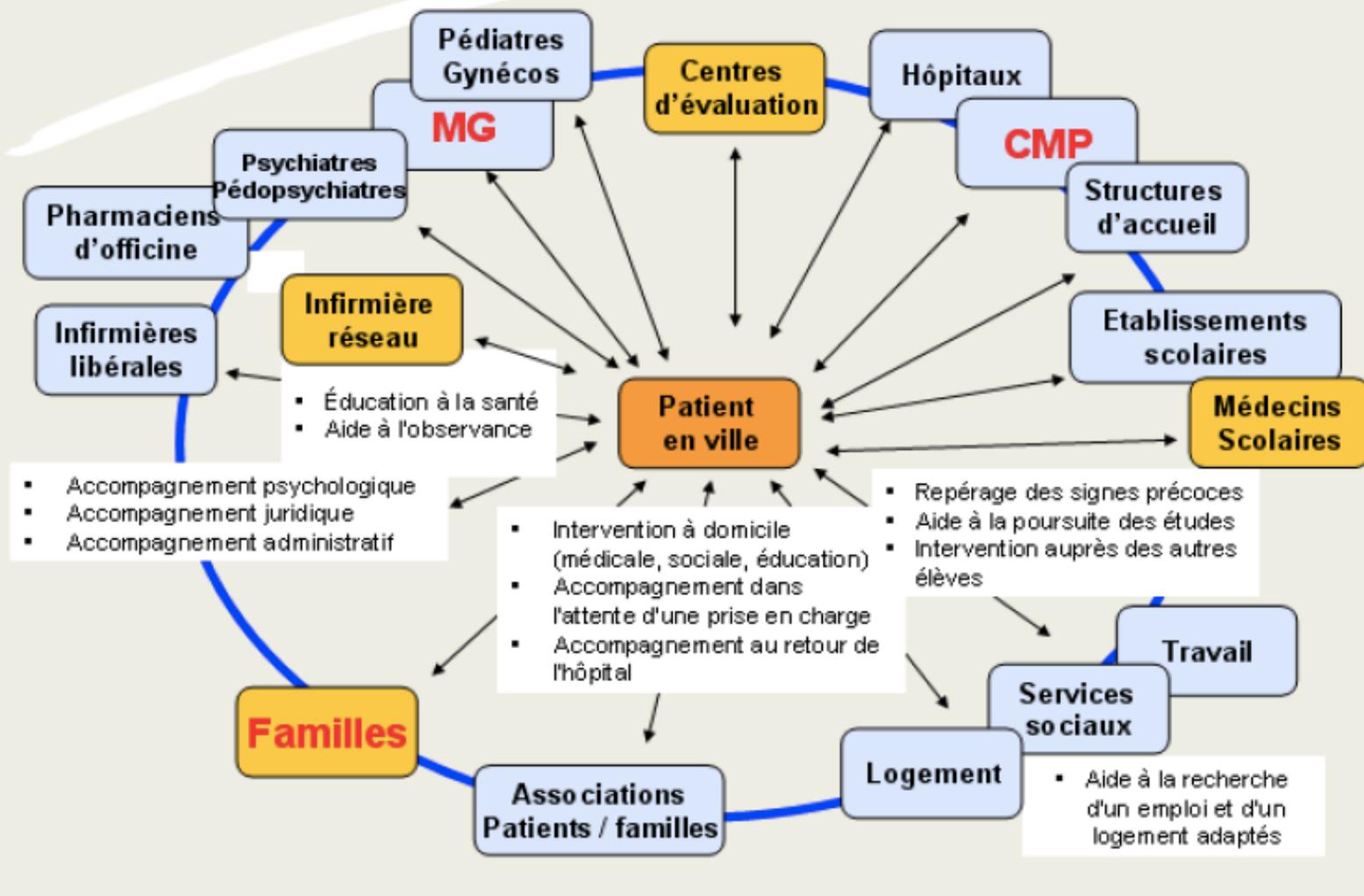


L'organisation de la psychiatrie en France

- **Rôle pivot du CMP** dans le modèle du secteur psychiatrique avec 5 missions: la prévention, le dépistage, le diagnostic, les soins, le suivi intégrant des équipes mobiles et le maintien du patient dans son environnement Circulaire du 14/03/1990
- **Nombre élevé de demandes vers le CMP** suite à la désinstitutionalisation mais saturation des dispositifs et augmentation des délais avant l'accès aux soins et à un diagnostic
- **Organisation encore très hospitalo-centrée et offre médico-sociale dédiée insuffisante** (hors FAM, MAS ou EHPAD) : 21% des 4682 patients hospitalisés à temps plein en région AURA l'étaient au long cours (> 292 jours), peu de patients avaient eu accès à une évaluation fonctionnelle (3/10 bilan cognitif ou 3/10 bilan ergothérapique) et peu d'orientations étaient faites vers le droit commun Ynesta, 2016
- **Un problème de moyens ?**

L'organisation de la psychiatrie en France

- **Plus le nombre de lits est élevé, plus le taux de recours à l'hospitalisation au long cours augmente**
Coldefy, 2011; Ynesta, 2016
- **Nombre élevé de psychiatres (22.8 pour 100 000 habitants contre 15.5 dans les pays de l'OCDE) mais inégalité de répartition sur le territoire**
- **Peu d'articulation entre l'intra-hospitalier et les CMP, entre les CMP et la communauté (MG, bailleurs sociaux, acteurs de l'insertion professionnelle, secteur associatif...) et entre les secteurs sanitaire, social et médico-social**
- **Activités occupationnelles proposées en CATTP ou en HJ, peu d'interventions mobiles**
- **Accès limité à une évaluation diagnostique exhaustive (Centres Experts FondaMental, CRA...), à un bilan fonctionnel et à des soins de réhabilitation psychosociale**



MG : médecin généraliste

CMP : centre médico-psychologique

Source : Haut Conseil de la santé publique - Présentation à l'Opeps et à la commission des affaires sociales du Sénat le 27 février 2009

Une offre morcelée de soins et services

- **Faible articulation entre les MG et les psychiatres**

- Repérage plus tardif des troubles
- Accès limité à un avis spécialisé
- Prescriptions thérapeutiques parfois inefficaces
- Transmission limitée d'informations
- Risque plus élevé de rupture dans la continuité des parcours de soins
- Accès limité à des soins somatiques de qualité

Younés, 2005; Laforcade, 2016

- **Peu de coordination entre les acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux**

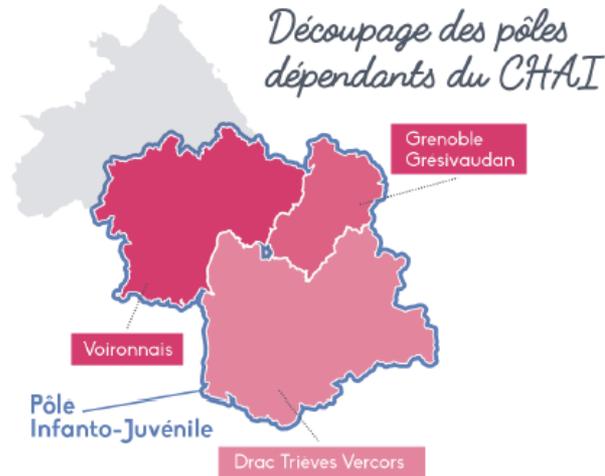
- Conséquences : retard diagnostique (1.5 ans pour la SCZ; 8 à 10 ans pour les troubles bipolaires), accès plus tardif aux soins et aux soins de réhabilitation psychosociale, pronostic fonctionnel altéré, perte d'espérance de vie et diminution de la qualité de vie

Drancourt, 2013; Pentilla, 2014; Fond, 2018

Focus: soins de santé mentale en Isère

Le Centre hospitalier Alpes Isère (CHAI)

S'agissant des **services intra-hospitaliers**, ils sont découpés en fonction des Pôles. Les personnes hospitalisées peuvent être accueillies dans une des unités reliée au pôle géographique correspondant.



Et une offre de soins intersectorielle

- Urgences psychiatriques et post-urgence
- Addictologie
- Centre référent de réhabilitation psychosociale / centres experts SSD et ASD
- Unité d'hospitalisation et équipe d'intervention précoce CALIPSO

Hospitalisation privée (clinique du Dauphiné, clinique du Grésivaudan)

3 pôles de psychiatrie générale

- Pôle Grenoble Grésivaudan (271 426 habitants)
- Pôle Drac-Trièves-Vercors (159 482 habitants)
- Pôle Voironnais (188 608 habitants))
- Pour chaque pôle: 4 unités d'hospitalisation, 7 CMP, 1 HJ et 3 CATTP et des appartements collectifs

Pôle infanto-juvenile (800 000 habitants)

- 1 unité d'hospitalisation ados
- 25 CMP / 11 CATTP, 8 HDJ
- 1 équipe mobile

CHU Grenoble Alpes

- Service universitaire d'addictologie
- Centres experts TB/ DR et centre référent TCA

GCSMS RÉHPsy (Réseau Handicap Psychique)

Histoire et situation actuelle

READAPTATION PSYCHOSOCIALE EN FRANCE

La réhabilitation psychosociale

La France n'a pas été pionnière

- **En France** : le secteur psychiatrique
 - Psychothérapie institutionnelle
 - Le courant de la réadaptation
 - Un contentieux entre le sanitaire et le médicosocial
- Le malentendu Français à propos de la réhabilitation psychosociale a duré jusqu'aux années 2000 opposant la spécificité des interventions de réhabilitation à la continuité des soins prônée par la pratique dite de secteur.

La réhabilitation psychosociale

Un tournant dans les années 2000

- **1998 premier congrès du Comité Français pour la RPS**
- **Lecture cognitive des troubles psychiques**
- **2002 Le handicap psychique:** Une population jusque là invisible, les personnes handicapées psychiques, a pu faire entendre ses caractéristiques et ses besoins en termes de soins et de compensation des incapacités et des désavantages
- **2005 Loi du 11 février 2005** « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : des besoins concrets : isolement, manque d'autonomie dans le logement et très faible employabilité.
- **2005 congrès RéH@b' à Grenoble :** les usagers ouvrent le congrès
- **Des expériences pionnières : RéHpsy 2002**
- En 2008, les journées de Réh@b' ont lieu à Versailles sur le thème de « **La réhabilitation, c'est maintenant** »

La réhabilitation psychosociale

Et des évolutions majeures depuis 2009

- 2009 création de l' AFRC
- Journées RÉH@b'
 - 2010 Les chemins du rétablissement
 - 2012 Des outils et des hommes
 - 2014 L'Expérience
 - 2016 Tous citoyens
 - 2018 On positive !
- **L'ARS-AURA labellise en 2013 des centres référents** et une organisation régionale de la RPS



La réhabilitation psychosociale

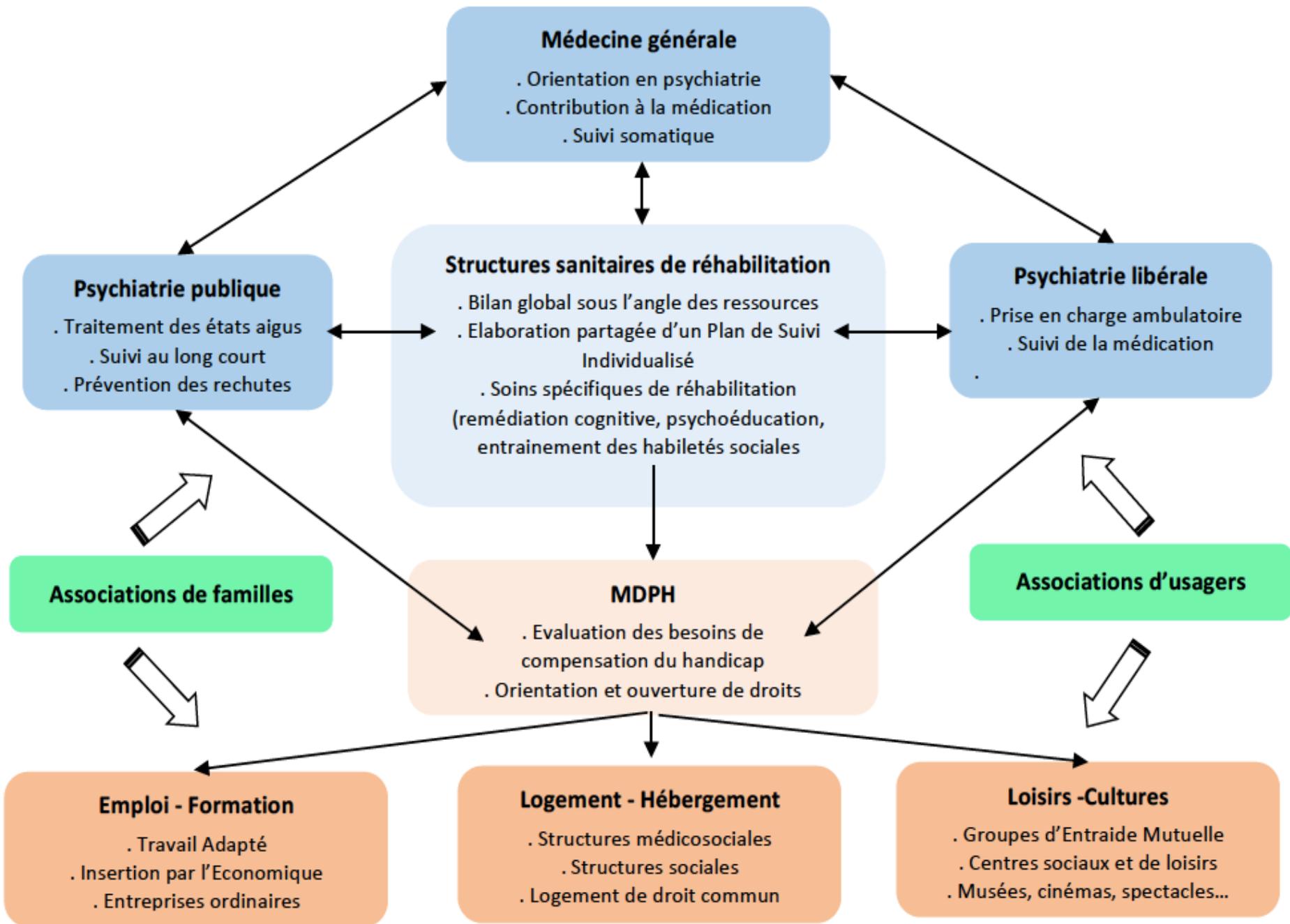
évolutions du cadre législatif 2017-2019

- **Décret 2017-1200** relatif au projet territorial de santé mentale
- **Stratégie Nationale de Santé 2018-22**
- **Feuille de route santé mentale et psychiatrie** du 28/06/2018
- **Instruction aux ARS (N°DGOS/R4/2019/10)** relative au développement des soins de réhabilitation psycho-sociale sur les territoires
- **Projet Régional de Santé ARS-AURA 2018-2022**
- **Décrets n°2016-1940** relatif au dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « **Un chez-soi d'abord** » et **n°2016-1889** relative à la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné

Réhabilitation psychosociale

cadre législatif

- Art. R. 3224-6.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité **l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture**, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, **en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.**
- « A ce titre, il prévoit :
 - « 1° **Les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation**, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux



(D'après Demily et Franck, 2013, avec actualisation REHACOOR 42, 2015)

La réhabilitation psychosociale

Enjeux

- Accès précoce aux soins de réhabilitation psychosociale pour :
 - Réduire la stigmatisation et prévenir l'auto-stigmatisation
 - Prévenir ou retarder l'apparition des troubles psychiques
 - Faciliter l'engagement dans les soins et réduire la durée de psychose non traitée
 - Réduire les symptômes résiduels et les troubles associés
 - Renforcer les compétences adaptatives en s'appuyant sur les ressources préservées
 - Prévenir la désinsertion sociale, scolaire et professionnelle et faciliter le rétablissement
- Public cible: adolescents ou adultes avec troubles psychiques sévères

Réadaptation psychosociale en Isère et dans l'Arc alpin

ORGANISATION ET LIENS AVEC LES PARTENAIRES

La réhabilitation psychosociale en Isère 2001 - 2016

Versant sanitaire :



**Centre Référent de Réhabilitation psychosociale
et de Remédiation cognitive (C3R)**

Centre Hospitalier Alpes-Isère



Centres Experts Schizophrénie/Asperger Adultes

Versant communautaire :



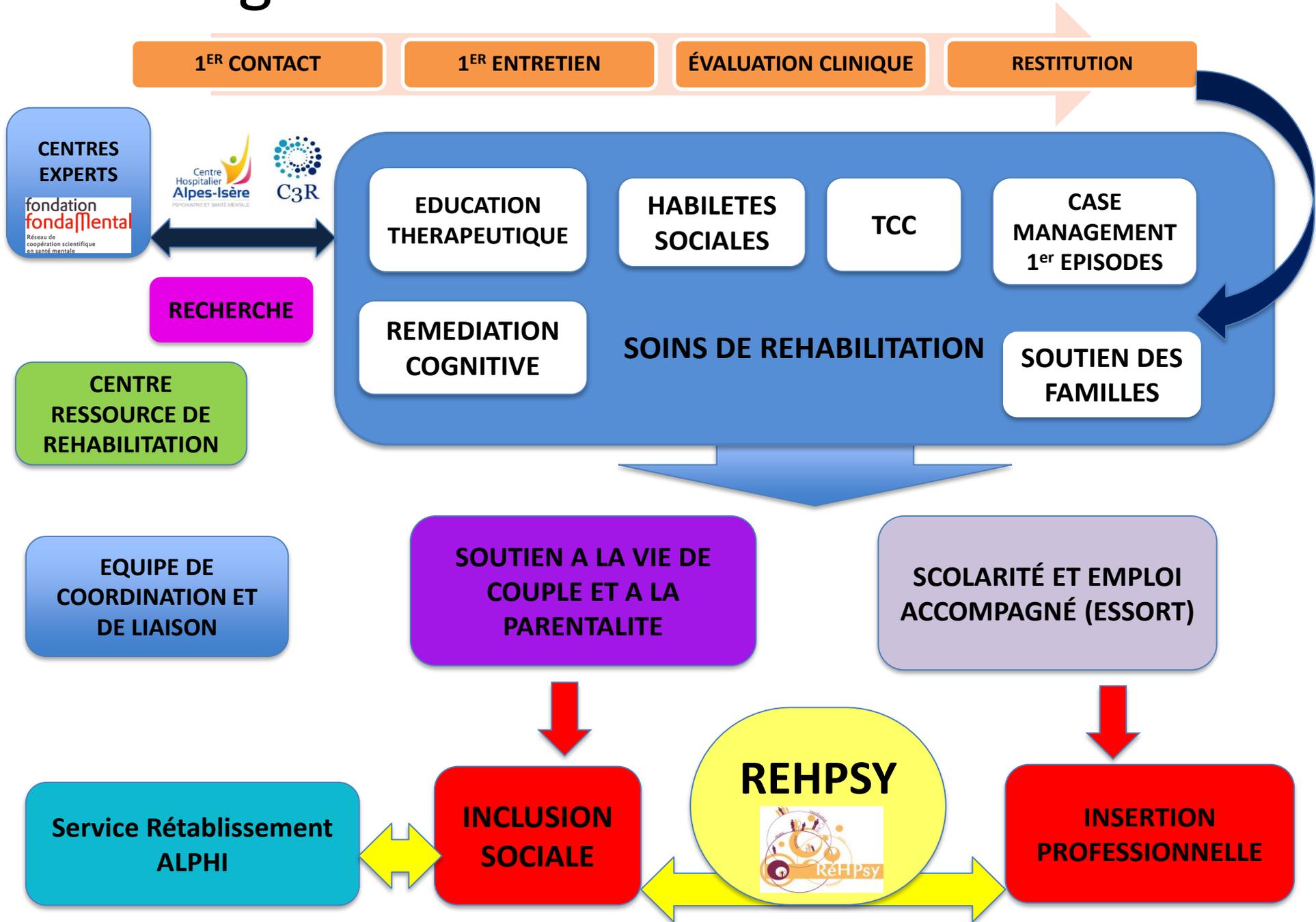
GCSMS-RéHPsy (Groupement de Coordination Sociale
et Médico-Sociale - Réseau Handicap Psychique)

* **Isère** (Grenoble)

*

Coordinations locales dans la Drôme, la Savoie et la Haute Savoie

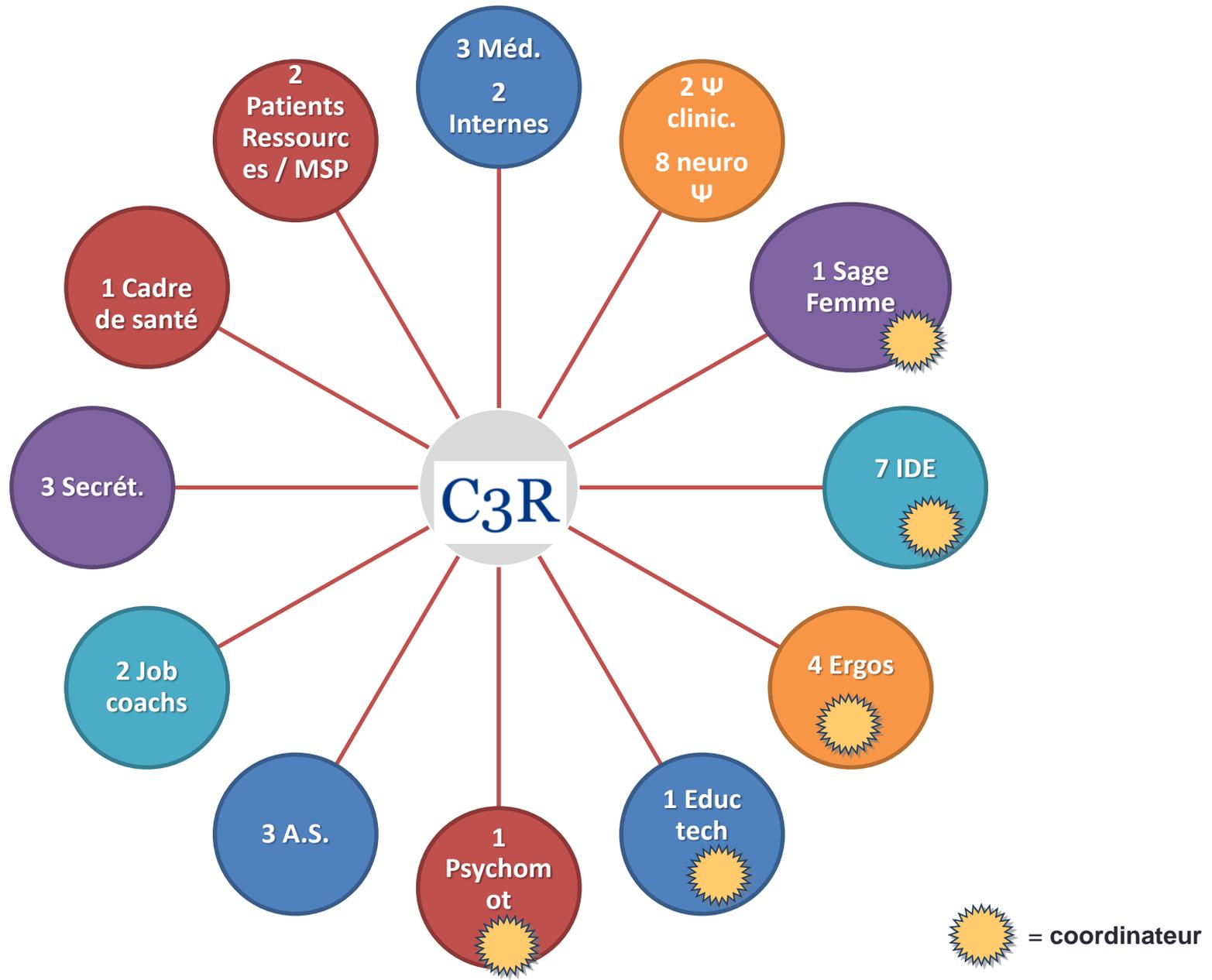
Organisation du C3R de Grenoble



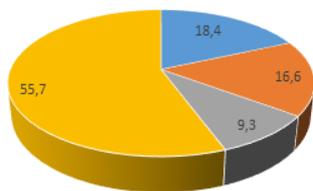
Les Centres Experts Schizophrénie (2010) et Asperger Adultes (2013)

- Affiliés au **réseau national des Centres Experts** portés par la Fondation Fondamental, en lien avec les CE Troubles bipolaires et Dépression Résistante (CHU Grenoble Alpes)
- Réalisation d'un **bilan diagnostique et / ou fonctionnel complet** de la pathologie
- **Avis sur les traitements médicamenteux et non médicamenteux**
- **Accompagnement post-diagnostic / orientation vers des soins de réhabilitation** si nécessaire **ou vers le RéHPsy** pour une insertion dans la communauté
- Un **adressage intersectoriel sur le territoire du C3R** (Isère, Savoie, Haute Savoie, Drôme) par les secteurs psychiatriques, les libéraux, le ReHPsy, le C3R, les MG...

Equipe pluridisciplinaire C3R / Centres Experts

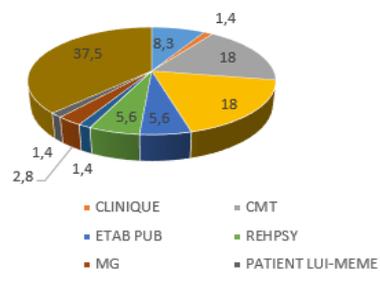


File Active 2019 en %



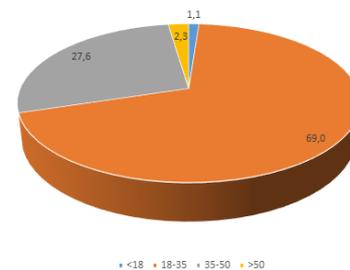
■ CENTRE EXPERT ASPERGER ADULTES ■ CENTRE EXPERT SCHIZOPHRENIE
 ■ CONSULTATIONS ASPERGER ■ CATTP REHABILITATION

Adressage en % au C3R en 2019



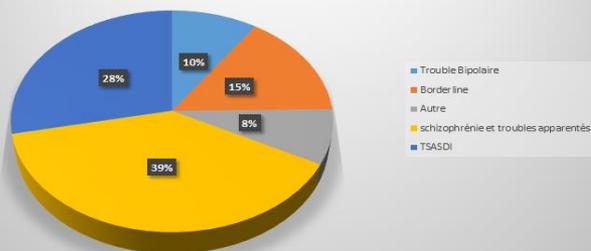
■ CES ■ CLINIQUE ■ CMT
 ■ ETAB PUB ■ REHPSY
 ■ MG ■ PATIENT LUI-MEME
 ■ CHAI

Répartition par âge en % des patients entrés en 2019 au C3R



■ <18 ■ 18-35 ■ 35-50 ■ >50

Répartition en % de la FA du C3R en 2019



■ Trouble Bipolaire
 ■ Border line
 ■ Autre
 ■ schizophrénie et troubles apparentés
 ■ TSASDI

Le C3R en quelques chiffres

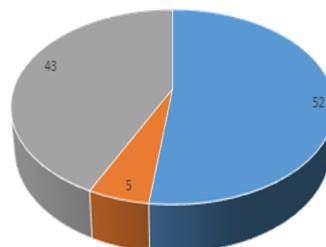
- File active : n=575
- depuis quelques années: rajeunissement et une féminisation de la population accueillie, la
- majorité sans emploi (72%)
- Caseload : 18 situations / case manager

Répartition en % par genre des patients arrivés en 2019



■ Hommes ■ Femmes

Logement du patient en % lors de la préadmission en 2019



■ personnel ■ foyers ■ familial

Le GCSMS - RéHPsy



- **Un réseau d'acteurs du médico-social, social, sanitaire**, qui agissent ensemble autour de situations complexes dans un objectif de décroisement et de construction du parcours d'insertion sociale ou professionnelle
- **Des interventions plurielles** menées auprès :
 - Des **personnes** en situation de handicap psychique (stages, évaluation des capacités pro)
 - Des **aidants familiaux** : cycles ProFamille / AVEC
 - Des **professionnels** : sensibilisation et formation
- **Une Equipe Spécialisée d'Evaluation du Handicap Psychique (ESEHP)** avec un référentiel d'évaluation partagé

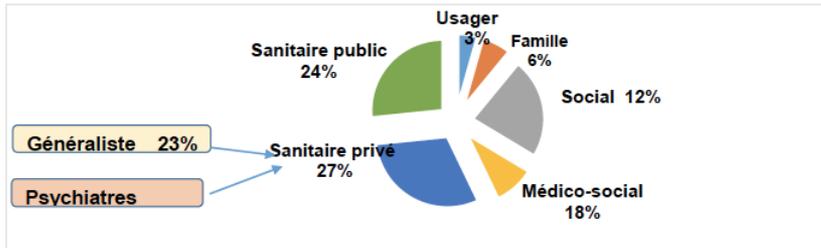
Le RÉHPsy en quelques chiffres

- une équipe restreinte
- un public souvent pas ou plus suivi en psychiatrie
- un public jeune mais isolé socialement et majoritairement sans emploi

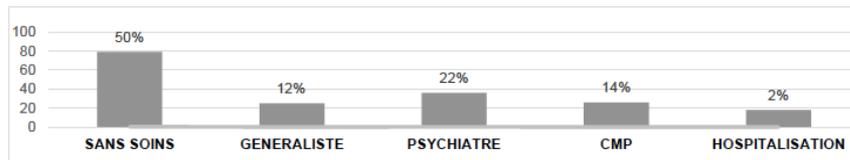
File active 2019 : 305 dossiers



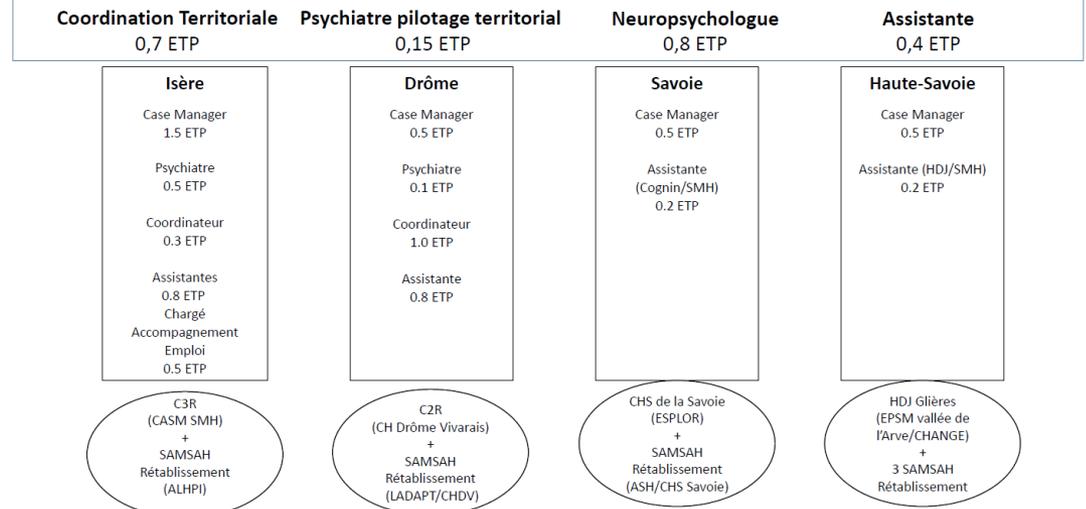
51% pour le sanitaire privé & publique (57% en 2018) & 30% pour le social & médico-social (36% en 2018)



Type de soin spécialisé au moment de l'inclusion : 50% sont sans soins (43% en 2018)



Organisation transversale pour l'Arc Alpin



Dossier vu en réunion d'équipe

~ 3 mois

1^{er} entretien avec le case manager :
Bilan Educatif Partagé

Entretiens motivationnels réguliers tout au long du parcours
~ 12 à 24 mois

- Actions du référent de parcours :**
- > Liens avec les intervenants déjà en place
 - > Actions sociales (si besoin)
 - > Accès aux soins (si besoin)
 - > Evaluation neuropsychologique (si besoin)
 - > Evaluation médicale (si besoin)
 - > Passage en COTECH
 - > Mise en œuvre des propositions du COTECH (recueil de l'adhésion de l'adhérent aux propositions du COTECH, programmation des évaluations et/ou de visite d'établissement, édition des conventions de stage, programmation des bilans de fin de stage)
 - > Recueil et synthèse des différentes évaluations sous forme d'un Plan Personnalisé de Santé pour propositions d'orientations

Signature du Plan Personnalisé de Santé de sortie

RéHPsy : la force de ses Membres

- **Adhérents actifs, personnes morales : 54 personnes morales membres du GCSMS RéHPsy (Isère, Drôme, Savoie, Haute-Savoie), 2 psychiatres libéraux.**
- Les aidants familiaux à travers l'UNAFAM
- Les établissements de soins spécialisés, publics et privés et des établissements de santé plus généralistes
- Etablissements et services médico-sociaux et sociaux, supports d'insertion, autour:
 - du **travail**
 - du logement / hébergement
 - des activités et de la vie sociale
 - du soutien dans la vie quotidienne
 - des mesures de protection des biens et des personnes
- Les opérateurs spécialisés de l'emploi en milieu ordinaire CAP EMPLOI
- Des GEM
- Le Conseil Départemental de L'Isère, la MDPH de la Drôme, ...

et plus de 95 professionnels de santé libéraux :
médecins généralistes, psychiatres, infirmières,
psychologues et diététiciens
+ 35 structures médico-sociales, adhérentes du
réseau sans implication dans les instances
statutaires

Le réseau est conventionné avec la MDA : notification d'évaluation lors de situations complexes.

Equipe Spécialisée d'Evaluation du Handicap Psychique

~~Evaluer pour
évaluer~~

Evaluer pour agir,
pour insérer, pour
prévenir et limiter le
handicap

Evaluation globale, personnalisée, pluridisciplinaire,
pluriprofessionnelle et partagée au service
du projet d'insertion professionnelle / de formation
de personnes en situation de handicap psychique

Les représentants du CoTech

Exemples

Sud Isère



- **Sanitaire:** Centre Hospitalier Alpes Isère (Equipe Réseau, C3R)
- **Médico – social:**, Foyer Le Home, Aria 38 (SAVS), Apajh 38 (foyer les loges, SAVS), Alhpi, (foyer, SAMSAH) AFIPaeim (SAVS), Cotagon
- **Social :** EVA Tutelles, Association Saint Agnès (service accueil familial)
- **Professionnel:** Ohé Psylone , ESAT Messidor, ESAT EIA, ESAT Sainte Agnès

Nord Isère



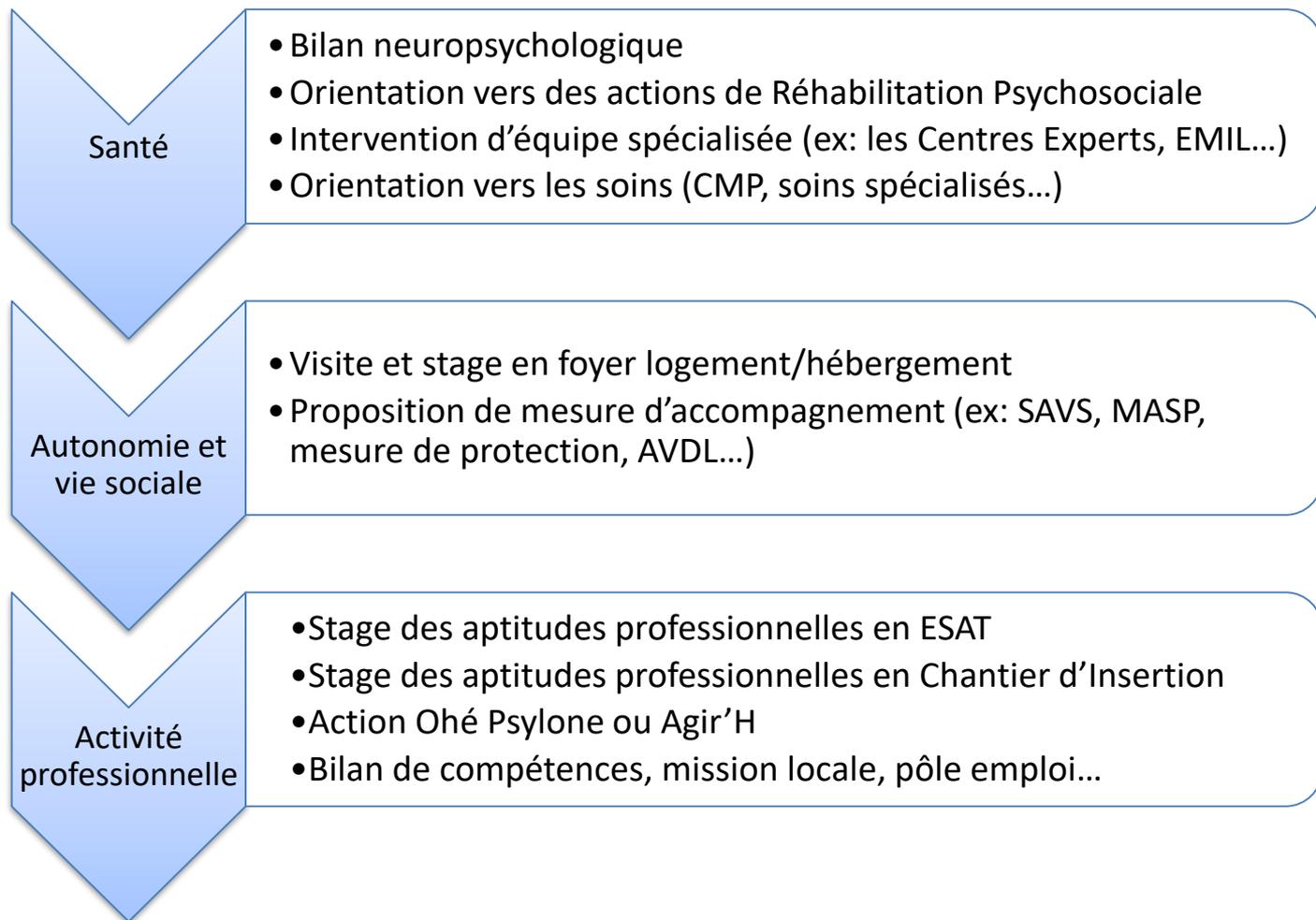
- **Sanitaire:** ESMPI, équipe réseau CHAI
- **Médico-social:** SAMSAH ALHPI le Serdac, Cotagon, SAVS Apajh
- **Social:** EVA tutelles, Accueil Familial Association Sainte Agnès
- **Professionnel:** Ohé Psylone, Messidor, ESAT ANI, Isatis

Savoie



- **Sanitaire:** CHS de Savoie
- **Médico-social:** Accueil Savoie Handicap (SAMSAH), Les Papillons Blancs d'Albertville (SAVS, foyer), Cap et handicaps Vallée de Maurienne (SAVS, foyer), Espoir 73 (foyer de vie, FAM, service d'accueil de jour)
- **Social:** Gem 73, Unafam 73
- **Professionnel :** Agir'H, Les Papillons Blancs d'Albertville (ESAT), Cap et handicaps Vallée de Maurienne (ESAT), Espoir 73 (ESAT Le Habert)

Exemples de Propositions à l'utilisateur à l'issue des CoTech

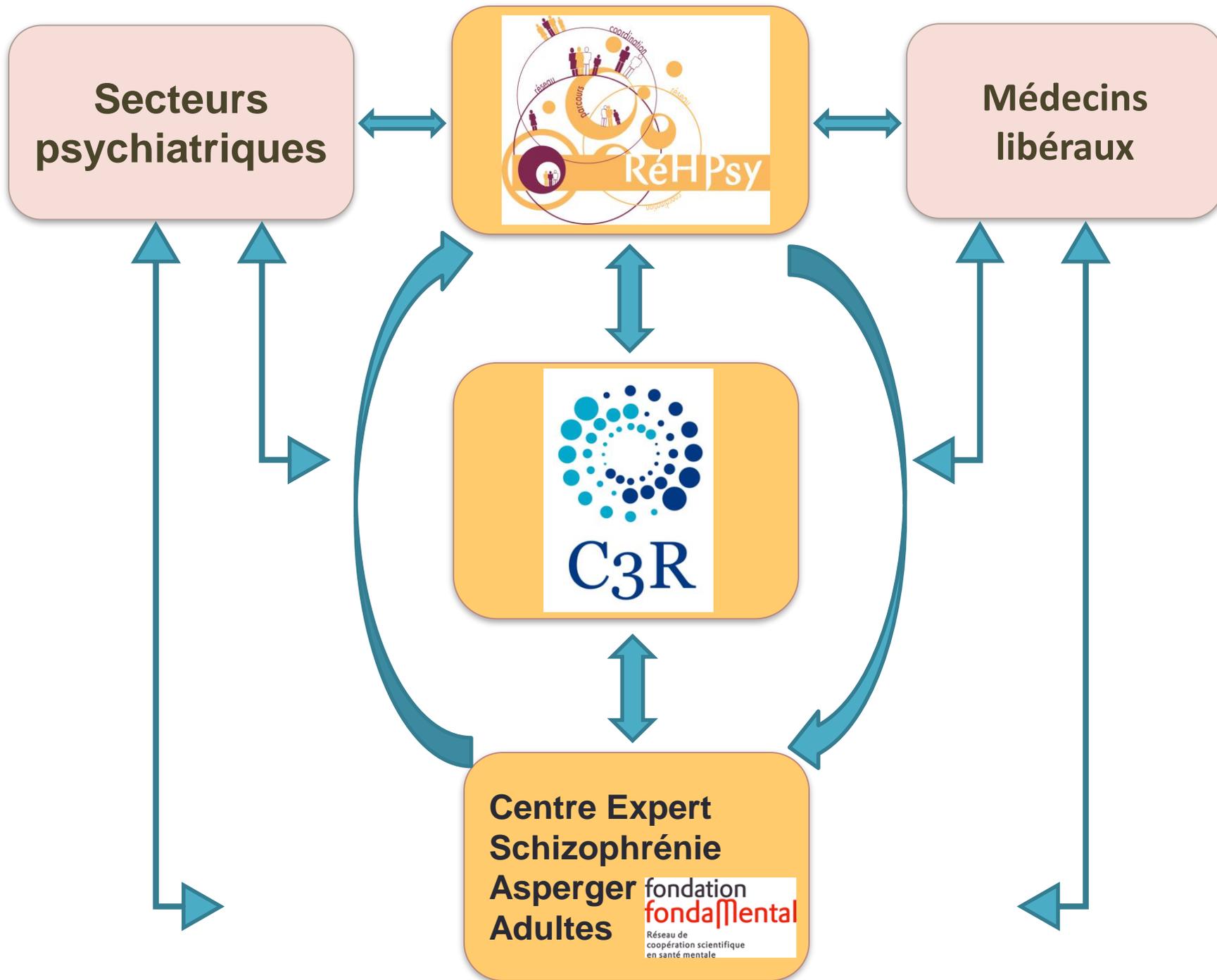


Un dispositif articulé de réhabilitation psychosociale

- Une **unité de lieu, des personnels et un projet communs: le dispositif référent de réhabilitation psychosociale ARS** (RéHPsy + C3R) avec participation des Centres Experts aux missions recherche et formation / partenariat du C3R
- Un **acteur-clé de ces articulations : le coordonnateur de parcours (case manager)**
- **Temps circonscrit d'intervention** où le RéHPsy et le C3R ne se substituent pas aux intervenants en place

Un dispositif articulé de réhabilitation psychosociale

- **ReHPsy - Centres Experts**
 - Participation des centres experts à l'évaluation conjointe de la personne via l'ESEHP (Equipe Spécialisée d'Évaluation du Handicap Psychique) du RéHPsy
 - Accompagnement post-diagnostic après le bilan CE
 - Adressage vers le ReHPsy après bilan CE pour réalisation du projet de vie (autonomie, insertion sociale, insertion professionnelle)
- **Centres Experts – C3R / Centres de réhabilitation de proximité**
 - Adressage vers les Centres Experts pour approfondissement diagnostique
 - Adressage vers le C3R après bilan CE pour parcours de réhabilitation
- **ReHPsy - C3R / Centres de réhabilitation de proximité**
 - Facilitation de l'adressage vers des soins de réhabilitation
 - Facilitation de l'aval du centre de réhabilitation
- **Liens avec les secteurs / la communauté**
 - Appui sur l'offre de soins et services des secteurs de psychiatrie et de la communauté
 - Diffusion des pratiques orientées rétablissement et des soins de réhabilitation de 1^{ère} ligne (psychoéducation personnelle et familiale, plan de gestion de crise, habiletés sociales, interventions de pairs-aidants) dans les services de santé mentale



Réadaptation psychosociale en Isère et dans l'Arc alpin

QUELLE OFFRE DE SOINS ET SERVICES?

Actions réalisables par tous les acteurs de la santé mentale

« Tout ce que je connaissais, c'était les stéréotypes que j'avais vus à la télévision ou dans les films. Pour moi, les maladies mentales, c'était le Dr Jekyll et M. Hyde, les tueurs en série psychopathes, l'asile de fous, les imbéciles, les schizos, les dingues, les cinglés, la camisole et les fous délirants. C'était tout ce que je savais sur les maladies mentales, et ce qui m'a effrayée, c'est que les professionnels disaient que j'étais l'une d'entre eux. » (Deegan, 1993)

- **Adopter une pratique orientée vers le rétablissement et prévenir l'auto-stigmatisation**
 - Créer un environnement favorable au rétablissement (porteur d'espoir, focalisé sur les ressources préservées et soutenant l'auto-détermination)
 - Relation horizontale collaborative (10 principes pour une pratique orientée rétablissement)
 - Réduire les réactions émotionnelles négatives (honte, mépris de soi) suite à une hospitalisation sous contrainte
 - Limiter le recours à l'isolement / la contention
- **Faciliter l'engagement dans des objectifs de vie et proposer une offre de soins de réadaptation de 1^{ère} ligne**
 - Coordination de parcours basée sur les forces et aspirations
 - Décision médicale partagée
 - Intervention de pairs-aidants
 - Psychoéducation personnelle et familiale
 - Traitement des troubles associés



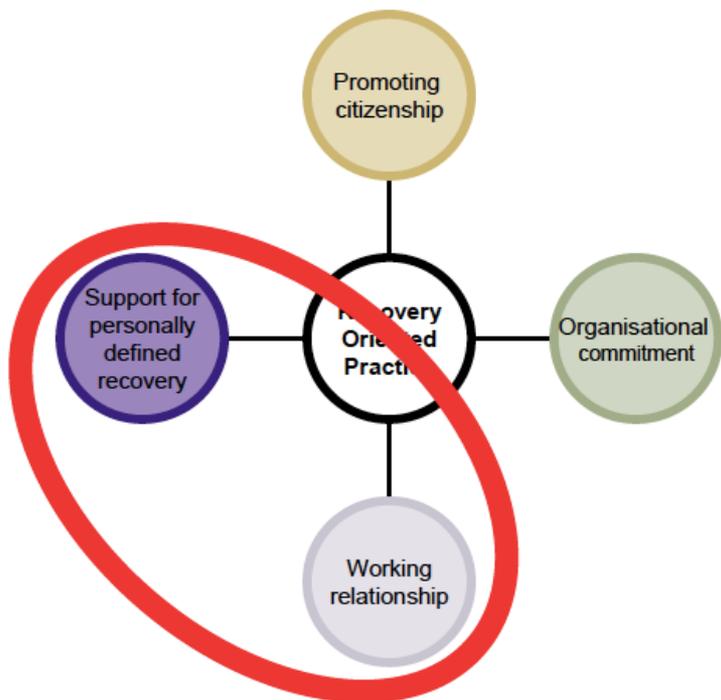
Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial

Mike Slade, Victoria Bird, Eleanor Clarke, Clair Le Boutillier, Paul McCrone, Rob Macpherson, Francesca Pezalla, Genevieve Wallace, Julie Williams, Mary Long

Summary
Background Mental health policy in many countries is oriented around recovery, but the evidence base for service-level recovery-promotion interventions is lacking.

Methods We did a cluster, randomised, controlled trial in two National Health Service Trusts in England. REFOCUS is a 1-year team-level intervention targeting staff behaviour to increase focus on values, preferences, strengths, and goals of patients with psychosis, and staff-patient relationships, through coaching and partnership. Between April, 2011, and May, 2012, community-based adult mental health teams were randomly allocated to provide usual treatment

Lancet Psychiatry 2015;
2:303-14
Published Online
May 6, 2015
http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00086-3
See Comment page 478



INTERVENTION

Relations favorisant le rétablissement
Valeurs de l'équipe, compréhension du rétablissement (équipe / individuel), compétences en coaching, relations horizontales collaboratives

Pratiques professionnelles

1. S'appuyer sur les valeurs et les préférences thérapeutiques
2. Evaluer et renforcer les forces / ressources préservées
3. Soutenir l'auto-détermination

CHANGEMENT DANS LES PRATIQUES

Valeurs de l'équipe	Orientation vers le rétablissement au sein de l'équipe
Valeurs individuelles	Orientation vers le rétablissement des professionnels
Connaissances	Renforcement des connaissances sur le rétablissement personnel
Compétences	Renforcement des compétences en coaching et dans les 3 composantes principales
Intentions	Intention de modifier ses pratiques (coaching / 3 composantes principales)
Comportement	Changement des pratiques professionnelles

EXPERIENCE DES PATIENTS SUIVIS

Contenu	Meilleure expérience des soins (coaching, focus sur les forces, les valeurs et sur les buts personnellement définis)
Processus	Se sentir soutenu dans son rétablissement personnel

DEVENIR DES PATIENTS SUIVIS

Proximal	Renforcement de l'espoir, du pouvoir d'agir, de la qualité de vie, du bien-être et de la satisfaction par rapport aux services reçus
Distal	Amélioration du rétablissement personnel

Figure 4. REFOCUS

https://www.researchintorecovery.com/refocus-manual-2nd-edition/?tx_category=refocus

GESTION DES RECHUTES ET RÉTABLISSEMENT



Plan de Crise Conjoint

Description de la situation qui a motivé le suivi : (événements, conséquences, symptômes, antécédents)

Qu'est-ce qui pourrait provoquer un stress qui vous dépasse, et vous mettre en situation de crise ?

Comment cela se manifeste-t-il concrètement pour vous ? (pensées, émotions, réactions physiques, comportements)

Quelles stratégies personnelles ou avec votre entourage proche utilisez-vous lorsque ces signes apparaissent ? (moyens de diminuer le stress)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Etiquette patient

A qui pouvez-vous demander de l'aide dans votre entourage (proches et professionnels) ? (Nom, Prénom, tél, rôle) :

En situation de crise, comment souhaiteriez-vous que les soins et traitements soient adaptés ? (fréquence des rendez-vous, médication, recours aux urgences)

En situation de crise, quels soins ou traitements souhaiteriez-vous éviter ? Raisons ? Quelles sont les alternatives ?

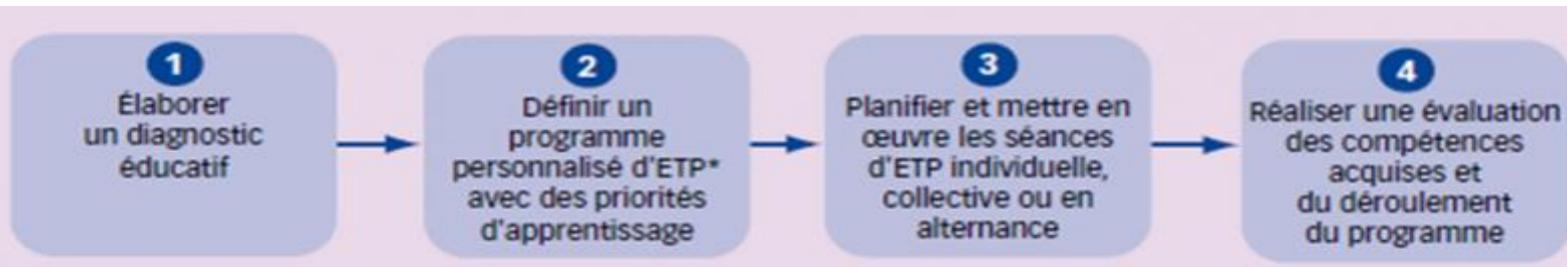
Mesures concrètes à prendre en situation de crise pour préserver votre environnement (courrier, garde d'enfants, animaux, domicile, travail)

Quelle médication prenez-vous habituellement :

Médicament	Dosage	Date du début	Date de l'arrêt

Lieu et date :
Rôles & signatures :

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

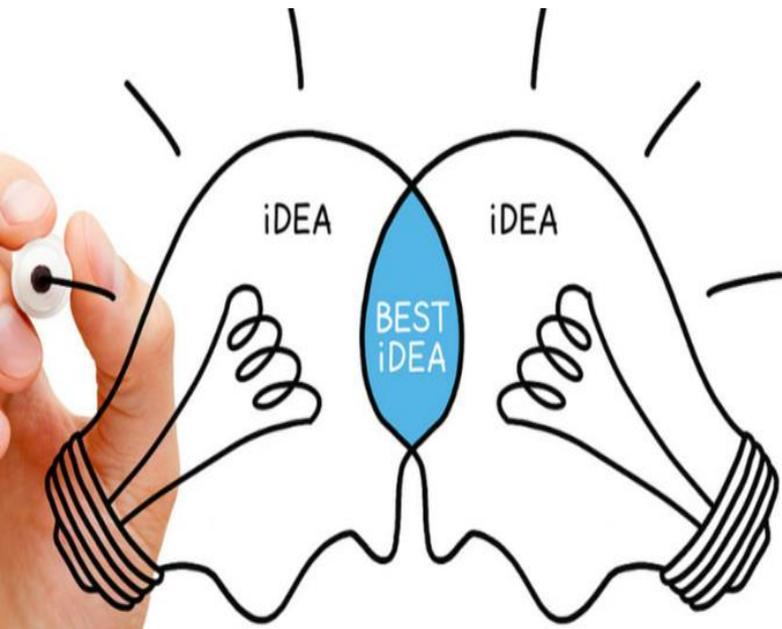


LA POSTURE ÉDUCATIVE

L'ESPRIT DE L'ENTRETIEN
MOTIVATIONNEL



RÉFLEXE
CORRECTEUR



L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Plan de Suivi Individualisé

Entretien semi-structuré d'1h30

Objectif :

- préciser les attentes de la personne concernant ce qu'elle souhaite voir évoluer ou changer dans sa vie afin de lui proposer un accompagnement au plus proche de ses besoins.

Prise en compte des troubles cognitifs et métacognitifs

Facilitation de la prise de recul par rapport aux:

- ✓ expériences passées
- ✓ difficultés posées par la pathologie
- ✓ ressources ayant pu être mobilisées pour y faire face
- ✓ satisfaction dans différents domaines de leur vie quotidienne
- ✓ besoins d'aide identifiés

- Deux cas peuvent se présenter :
 - 1) la personne a pu exprimer les motivations qui l'ont amené au Centre Référent (par exemple : « je souhaite changer de lieu de vie, prendre un appartement autonome »). Dans ce cas le coordinateur commence l'entretien par le domaine concerné et poursuit par le groupe pour lesquels les niveaux de satisfaction cotés sur les échelles sont les plus faibles.
 - 1) la personne présente des difficultés à exprimer les motivations qui l'ont amenée au Centre Référent. Dans ce cas, le coordinateur commence par le groupe pour lequel les niveaux de satisfaction cotés sur les échelles sont les plus faibles.
- Accord de la personne sur le domaine abordé en premier lieu.



Outils de psychoéducation du programme TIPP

JE NE SUIS PAS PSYCHOTIQUE!

J

Jérôme s'énerve: « Je ne suis pas psychotique! Vous ne dites que des conneries! Je suis moi, Jérôme, et je ne vois pas le monde comme vous, c'est tout! »

Etre ou ne pas être psychotique... Jérôme a raison, ça n'est pas une bonne façon de poser la question!

Jérôme est Jérôme, c'est clair... mais il sait bien qu'il entend des voix depuis quelques semaines, et que ses idées s'embrouillent souvent... Et ça, ce sont des manifestations de la psychose.

Refuser de voir les choses en face et de reconnaître que quelque chose se passe n'est certainement pas une bonne solution. Les études montrent que le fait de nier la présence d'une maladie n'est pas un bon moyen pour s'en débarrasser. On a alors tendance à ne pas se soigner et les choses souvent s'aggravent avec le temps.

Par contre, dire qu'on « est psychotique » n'aide pas beaucoup non-plus; c'est comme si on n'était plus rien d'autre qu'une maladie et qu'on ne peut plus rien faire pour que ça change.

Jérôme reste Jérôme, mais il doit reconnaître que depuis quelques semaines il vit des choses bizarres et que son médecin a probablement raison quand il lui dit que ce sont des symptômes d'une maladie qu'on appelle psychose.



Pour Jérôme, le fait de penser qu'il « a des symptômes de psychose » plutôt que de dire qu'il est psychotique, a plusieurs avantages:

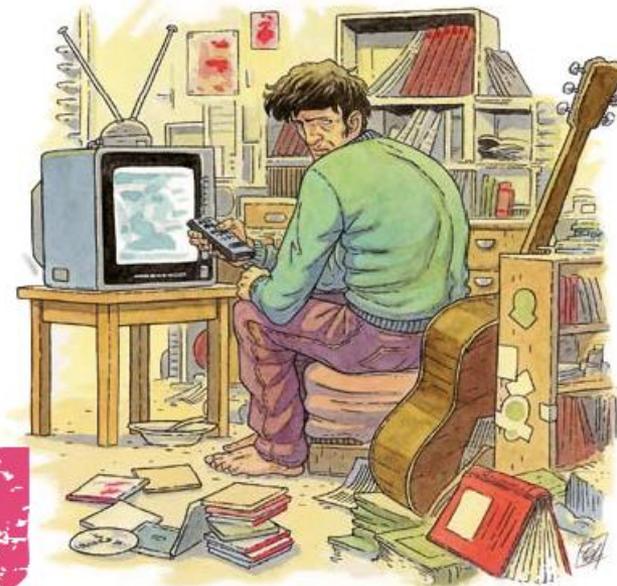
1. Il ne considère pas cette maladie comme irrévocable;
2. Il peut se renseigner sur ce qui lui arrive et travailler avec ses soignants pour s'en débarrasser;
3. Il sait qu'il garde sa personnalité et qu'une grande partie de lui reste en bonne santé.

J

Jacques passe de nombreuses heures à ne rien faire, allongé sur son lit. Un jour, il décide d'aller chercher sa guitare dans le placard. Il joue quelques accords et réalise qu'elle est désaccordée. Il se dit que l'effort de l'accorder n'en vaut pas la peine. Il repose la guitare et allume la TV.

Les troubles psychotiques peuvent être accompagnés d'un effet de démotivation ou d'une réduction du désir d'accomplir des actions. Cet état peut durer plusieurs semaines ou même plusieurs mois après un épisode psychotique.

L'entourage peut avoir de la difficulté à comprendre cet état et devenir critique à l'égard du manque de motivation de la personne. Ces critiques peuvent à leur tour jouer un rôle aggravant sur le sentiment de démotivation.



Quand on a perdu la motivation, on peut faire certaines choses pour la restaurer. Pour commencer, il est utile de s'engager dans des activités que la personne trouvait agréable par le passé. Ceci même si on n'en a pas très envie au début. La motivation est associée au plaisir et c'est en ayant du plaisir qu'on peut la retrouver.

Il faut introduire ces activités agréables progressivement et les buts fixés doivent être facilement atteignables. On peut augmenter la difficulté au fur et à mesure que le sentiment de plaisir réapparaît.

Quand une activité est perçue comme agréable, il est utile de noter dans son agenda quelle activité a été agréable et le degré de plaisir qu'elle a produit.

Si le sentiment de démotivation persiste, il est nécessaire d'en parler à son médecin et de lui demander de l'aide.

4 modules: psychose, médicaments, cannabis et rétablissement

Offre de soins du centre de réhabilitation psychosociale

- **Réduction des symptômes et des troubles associés**
 - Hallucinations: thérapie brève de renforcement des stratégies adaptatives; changer les croyances à propos des hallucinations; surmonter les voix stressantes
 - Idées interprétatives: Mickael's game; TCC-p; MCT-p
 - Symptômes négatifs: PEPS
 - Activité physique orientée rétablissement
- **Renforcement des compétences adaptatives**
 - Compétences de régulation émotionnelle: entraînement à la régulation des émotions, auto-compassion, ACT
 - Estime de soi
 - Auto-stigmatisation
 - Remédiation cognitive (RECOS, REHACom, GreCCo, CirCuits) et de la cognition sociale (RemedRugby, SCIT, GAIA, TomRemed)
 - Entraînement des compétences sociales
- **Prévenir la désinsertion sociale, scolaire et professionnelle et favoriser l'inclusion sociale**
 - Programme intégré de soutien à l'emploi ou à la scolarité
 - Soutien au logement et à l'inclusion sociale
 - Soutien dans les domaines de la vie affective et de la parentalité (parents ou futurs parents)

LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

MICHAEL'S game® 08

Le jeu des hypothèses

Michael attend Léa au café.

Elle a une demi-heure de retard.

Michael craint vraiment qu'elle ait eu un accident grave.

MICHAEL'S game® 37

Le jeu des hypothèses

Michael se promène à vélo sur une petite route de campagne, quand, d'un chemin perpendiculaire, débouche un tracteur qui roule lentement derrière lui.

Michael pense alors qu'il est suivi.

Khazaal, 2015

Décrire une situation avant de l'interpréter

Concevoir l'interprétation d'une situation comme une hypothèse

Générer des hypothèses alternatives

Interprétation / Vécu

Probabilité / Tests

LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

TCC Psychoses

Groupe fermé de 6 à 8 patients.

2 thérapeutes

24 séances d'1h, 2 fois par semaine

Durée totale: 3 mois

1. Le stress: comment il influence ma vie

- Se présenter
- Qu'est ce que le stress? Qu'est ce qui me stresse?
- Comment je vis mes symptômes?
- Le modèle Vulnérabilité-stress-compétence

2. Vérifier les hypothèses et rechercher des alternatives

- Des expériences semblables
- Comment ne pas sauter aux conclusions
- Prendre en considération des alternatives à mes propres croyances
- Regarder les choses de manière positive

3. Drogues, alcool et états d'âmes

- Des mots pour me décrire; Mes valeurs
- Drogues et alcool: quand, où et avec qui?
- Leurs effets sur ma vie
- Se sentir déprimé ou désespéré; Modifier mon humeur

4. Coping et compétences

- Se soulager du stress; Agir en regard des symptômes
- Les ressources disponibles
- Mes forces, mes facteurs de protection et mes défis
- Le coping à ma façon

The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: a randomized controlled study of a self-stigma intervention

Lars Hansson¹ · Annika Lexén¹ · Joacim Holmén²

Published in final edited form as:

J Clin Psychol. 2014 April ; 70(4): 303–312. doi:10.1002/jelp.22050.

Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) Effectiveness: A Quasi-Experimental Study

David Roe¹, Ilanit Hasson-Ohayon², Michal Mashiach-Eizenberg³, Oren Derhy⁴, Paul H. Lysaker⁵, and Philip T. Yanos⁶

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01702-0>



A randomized-controlled trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders

Philip T. Yanos¹ · Paul H. Lysaker² · Steven M. Silverstein³ · Beth Vayshenker⁴ · Lauren Gonzales⁵ · Michelle L. West⁶ · David Roe⁷

Received: 1 November 2018 / Accepted: 22 March 2019

Effet sur l'auto-stigmatisation, l'espoir, l'estime de soi et les stratégies d'évitement avec maintien à 6 mois

Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) to improve social functioning in people with Serious Mental Illness: study protocol for a stepped-wedge randomized controlled trial

Running title: NECT and social function: study protocol

AUTHORS

Dubreucq J^{a,b,c,d}, Faraldo M^{b,c}, Abbes M^b, Yeart B^e, Richard-Lepouriel H^b, Favre S^b, Jermann F^b, Attal J^b, Bakri M^b, Cohen T^b, Cervello C^{d,f}, Chereau I^g, Cognard C^g, De Clercq M^g, Dousabin A^g, Giordana J.Y^g, Giraud-Baro E^g, Guillard-Bouhet N^g, Legros-Lafarge E^g, Polosan M^g, Pouchon A^g, Rolland M^g, Rainteau^h, N, Roussel C^g, Wangermez C^h, Yanos PT, Lysaker PH, Franck N^{a,g,f}

MANUEL DE L'ANIMATEUR

NECT Programme de Renforcement Narratif et de Thérapie Cognitive de l'Auto-Stigmatisation

Matériel original développé par Philip T. Yanos, David Roe, Paul H. Lysaker.

LES ENTRAÎNEMENTS AUX HABILETÉS SOCIALES

Jeu Compétences

4 joueurs, 2 animateurs

Cartes « questions » : « Quels sont les comportements qui vous indiquent qu'une personne s'ennuie ? »

Cartes « situations » : « Un très bon ami vous demande de lui prêter une somme d'argent mais c'est tout ce que vous avez pour la semaine. Refusez poliment »

Cartes « problèmes » : « Vous regardez la télé avec un ami. Il veut voir un programme et vous un autre. Que faites vous ? »

S29

Le chien de votre voisin(e) salit pour la cinquième fois votre paillason. Parlez-en à votre voisin(e) afin que cela cesse.

Vous vous levez le matin et avant de partir à votre travail, vous voulez vous faire un café. Lorsque vous ouvrez votre boîte à café, vous apercevez que celle-ci est vide. Vous avez vraiment envie d'un café.

Que faites-vous?

Improving social function with real-world social-cognitive remediation in schizophrenia: Results from the RemedRugby quasi-experimental trial

Julien Dubreucq^{1,2,3,4} , Franck Gabayet^{2,3} , Bernard Ycart⁵, Megane Faraldo^{2,3} , Fanny Melis², Thierry Lucas², Benjamin Arnaud⁶, Mickael Bacconnier^{7,8}, Motassem Bakri⁸, Gentiane Cambier⁹, Florian Carmona¹⁰, Isabelle Chereau^{3,11}, Tituaa Challe¹², Sophie Morel⁸, Sylvie Pires^{3,11}, Celine Roussel¹², Philippe Lamy¹⁰, Guillaume Legrand⁶, Emmanuelle Pages⁹, Romain Pommier¹⁰, Romain Rey^{3,13}, Yohan Souchet^{3,13}, Pierre-Michel Llorca^{3,11}, Catherine Massoubre¹⁰ and the RemedRugby Group

Research Article

Cite this article: Dubreucq J, Gabayet F, Ycart B, Faraldo M, Melis F, Lucas T, Arnaud B, Bacconnier M, Bakri M, Cambier G, Carmona F, Chemsu I, Challe T, Morel S, Pires S, Roussel C, Lamy P, Legrand G, Pages E, Pommier R, Rey R, Souchet Y, Llorca P-M, Massoubre C, the RemedRugby Group (2020). Improving social function with real-world social-cognitive remediation in schizophrenia: Results from the RemedRugby quasi-experimental trial. *European Psychiatry*, 63(1), e41, 1–13 <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.42>

Received: 21 January 2020

Revised: 16 April 2020

Accepted: 19 April 2020

Key words:

Physical activity; schizophrenia; social cognitive remediation; social function; touchrugby

Author for correspondence:

Julien Dubreucq,
E-mail: jdubreucq@ch-alpes-isere.fr

¹Centre de Neurosciences Cognitive, UMR 5229, CNRS and Université Lyon 1, Lyon, France; ²Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale et de Remédiation cognitive (C3R), Centre Hospitalier Alpes Isère, Grenoble, France; ³Fondation FondaMental, Créteil, France; ⁴Réseau Handicap Psychique, Grenoble, France; ⁵Laboratoire Jean Kuntzmann, CNRS UMR 5224, Université Grenoble-Alpes, Grenoble, France; ⁶Centre Hospitalier Sainte Marie de Clermont Ferrand, 33 rue Gabriel Péri, CS 9912, Clermont-Ferrand Cedex 1 63037, France; ⁷Centre Médical La Teppe, 25 Avenue de la Bouterne, CS 9721, Tain-l'Hermitage Cedex 26602, France; ⁸Centre de Réhabilitation Psychosociale et de Remédiation Cognitive (C2R), CH Drôme Vivarais, Montélgier, France; ⁹Centre Hospitalier de la Savoie, 89 avenue de Bassens, Bassens 73000, France; ¹⁰REHALise, CHU de Saint-Etienne, Saint-Etienne, France; ¹¹CMPB, CHU, EA 7280 Faculté de Médecine, Université d'Auvergne, BP 69, Clermont-Ferrand Cedex 1 63003, France; ¹²Centre Départemental de Réhabilitation Psychosociale des Glières, 219 Chemin des Bois des Fornets, La Roche sur Foron 74800, France and ¹³Université Claude Bernard Lyon 1/Centre Hospitalier Le Vinatier Pole Est BP 300 39, 95 bd Pindl, Bron Cedex 69678, France

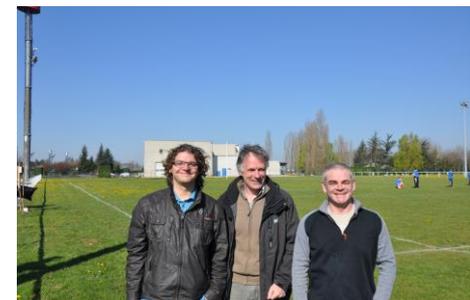
Abstract

Background. Functional capacity (FC) has been identified as a key outcome to improve real-world functioning in schizophrenia. FC is influenced by cognitive impairments, negative symptoms, self-stigma and reduced physical activity (PA). Psychosocial interventions targeting FC are still under-developed.

Methods. We conducted a quasi-experimental study evaluating the effects of an exercise-enriched integrated social cognitive remediation (SCR) intervention (RemedRugby [RR]) compared with an active control group practicing Touch Rugby (TR). To our knowledge, this is the first trial to date evaluating the effectiveness of such a program provided in a real-life environment.

Results. Eighty-seven people with schizophrenia were included and allocated to either the RR group ($n = 57$) or the TR group ($n = 30$) according to the routine clinical practice of the recruiting center. Outcomes were evaluated at baseline and post-treatment in both groups and after 6 months of follow-up in the RR group using standardized scales for symptom severity, social functioning, self-stigma, and a large cognitive battery. After treatment we observed moderate to large improvements in social function (Personal and Social Performance Scale [PSP], $p < 0.001$, $d = 1.255$), symptom severity (Positive and Negative Syndrome Scale [PANSS] negative, $p < 0.001$, $d = 0.827$; PANSS GP, $p < 0.001$, $d = 0.991$; PANSS positive, $p = 0.009$, $d = 0.594$), verbal abstraction ($p = 0.008$, $d = 0.554$), aggression bias ($p = 0.008$, $d = 0.627$), and self-stigma (stereotype endorsement, $p = 0.019$, $d = 0.495$; discrimination experiences, $p = 0.047$; $d = 0.389$) that were specific to the RR group and were not observed in participants playing only TR. Effects were persistent over time and even larger between post-treatment and follow-up.

Conclusions. Exercise-enriched integrated SCR appears promising to improve real-life functioning in schizophrenia. Future research should investigate the potential effects of this intervention on neuroplasticity and physical fitness.



<https://centre-ressource-rehabilitation.org/recherche-amelioration-du-fonctionnement-social-dans-la-schizophrenie-par-la>

LE FONTANIL-CORNILLON

“RemedRugby”: un programme de soins de réhabilitation

C'est au stade Vincent Clerc qu'un tournoi de gala était organisé, jeudi, par le centre de réhabilitation psychosociale du Chai (Centre Alpes Isère) de Saint-Égrève.

Il clôturait la session d'automne du programme “RemedRugby”.

Un programme qui comportait douze séances hebdomadaires et trois tournois inter-villes disputés récemment.

L'organisation pratique de cette journée a été planifiée et mise en œuvre par huit patients du centre de réhabilitation du Chai eux-mêmes.

Elle a été travaillée lors d'un atelier de rugby ciblé spécifique à ce sujet ainsi que toutes les séances de

remédiation auxquelles ils participent.

Julien Dubreucq, psychiatre au centre de réhabilitation du Chai, explique :

Déstigmatisation
« Nous avons choisi la pratique du sport adapté.

Les objectifs étant que la personne puisse se destigmatiser elle-même et puisse prendre conscience que tel ou tel comportement peut avoir des conséquences sur elle et sur autrui.

Le but aussi étant qu'il puisse s'adapter en fonction des réactions qu'ils rencontrent et renforcer leur empathie.

Il s'agit d'un travail de fond qui aille remédiation cognitive et son application pratique immédiate avec la

pratique du sport adapté et de jeux de rôles... ».

Trois équipes différentes ont participé à ce gala de clôture : à savoir le centre hospitalier Le Viniatier de Lyon sous la houlette du Dr Pierrette Estingoy, le centre psycho-thérapeutique de l'AIN, représentés par les Dr Thier et Vignagn, et le centre de réhabilitation psychosociale du Chai ; l'équipe du centre de Cotagon (Saint-Geoire-en-Valdaine) avec le Dr Mémier les ayant rejoints.

S.S.
Une prochaine session de ce programme aura lieu au printemps 2014 avec d'autres équipes intéressées. Plus de renseignements au 04 76 56 44 40.



De gauche à droite : Florent, Joseph, le Dr Dubreucq, Stéphane, Bernard et Arthur une partie de l'équipe du CHAI : un bel exemple de réinsertion. Florent Reinhard, 26 ans, pris en charge par le centre de réhabilitation du CHAI a souhaité être le représentant de son équipe.

SAINT-ÉGRÈVE

Un atelier de “Remed rugby” pour lutter contre les préjugés

Un atelier de “Remed rugby” a eu lieu récemment au siège du Rugby club Chartreuse-Néron (RCCN) avec Julien Dubreucq (psychiatre référent de réhabilitation psychosociale) et Thierry Lucas (éducateur). Il s'agit d'un programme de remédiation, de socialisation ayant comme support le “touch rugby” qui consiste à ne pas menacer l'intégrité physique des joueurs : il n'y a donc pas de plaquages.

« Certains mots et préjugés nous font mal »
Les joueurs de rugby “Les Diables Rouges” de Grenoble, des patients atteints de troubles psychiques participants au programme, ont

expliqué la démarche : « À la suite du tournoi de la semaine dernière à Lyon, cet atelier est pour nous l'occasion de faire un débriefing. Nous travaillons aussi sur un blog (interne au centre psychiatrique, il s'agit d'un programme de remédiation, de socialisation ayant comme support le “touch rugby” qui consiste à ne pas menacer l'intégrité physique des joueurs : il n'y a donc pas de plaquages.)

Ce programme a pour objectif de renforcer les capacités des patients à lutter contre les stigmatisations et joue le rôle d'entraînement aux habilités sociales : « Un moyen de relativiser les remarques négatives afin qu'elles soient positives ».

En partenariat avec le RCCN, le jeudi 7 mai, aura lieu toute la journée au stade de la mairie un tournoi composé de six équipes d'établissements participants (Valence, Lyon, Bourg-en-Bresse, Cotagon, Grenoble et Chambéry) qui concrétisera le module “Remed Rugby”.



“Les Diables Rouges de Grenoble” avec Julien Dubreucq et Thierry Lucas. (4^e et 5^e personnes, en haut sur la photo).

LYON ET SA REGION

Rédaction : 4 rue Montbaillet, 69002 Lyon - 04 78 34 76 00 - lrp@publinfo@lapresse.fr - PubliInfo : 04 72 22 24 37 - lrp@publinfo@lapresse.fr

Schizophrénie : retrouver le contact avec autrui grâce au rugby

Santé. Depuis des années, ce programme de socialisation est mené dans six établissements psychiatriques de la région dont le centre hospitalier du Viniatier.

« Au touch-rugby, on se touche, on se serre les épaules... ça fait un peu plus », rappelle le coach avant de lancer le jeu. Les joueurs se regardent, se sourient, se félicitent. C'est le moment de se serrer dans les bras. C'est un peu de réconfort. C'est un peu de soutien. C'est un peu de réconfort. C'est un peu de soutien. C'est un peu de réconfort. C'est un peu de soutien.

« Ca m'a aidé à mieux me gérer »
« Mickael, 30 ans patient et joueur de touch rugby »

« Ca m'a aidé à mieux me gérer »
« Mickael, 30 ans patient et joueur de touch rugby »



« Séance d'entraînement au stade de Puigjan jeudi dernier. Photo S.M. »

« Ca m'a aidé à mieux me gérer »
« Mickael, 30 ans patient et joueur de touch rugby »

SPORT ET SANTÉ

Première rencontre de “touch rugby” inter-hôpitaux



Une centaine de personnes ont participé à la première rencontre “touch rugby” au stade de la rivière

MONTMEYRAN Ce jeudi, au stade de la rivière, en partenariat avec la mairie, le rugby club Montmeyran co-présidé par Yves Fayolle et Olivier Glatz accueillait 6 hôpitaux de la région Rhône-Alpes, Valence, Grenoble, Lyon, Bourg-en-Bresse,

Savoie et Cotagon (au-dessus de Grenoble) pour une rencontre entre patients “touch rugby”.

En collaboration avec Anthony Ponsoda infirmier et référent des activités sportives au centre hospitalier le Valmont de Montélegier, le centre

hospitalier de Grenoble a mis en place un programme de recherche, concernant la région Rhône-Alpes, sur le ressenti des patients atteints de troubles liés à leur maladie.

Sur ce programme, des ateliers sont mis en place sur la façon d'être à l'aide d'un support sportif, en l'occurrence le “touch rugby”. Accueilli au stade par Norbert Ferrand éducateur et René Duret responsable terrain et matériel, du RCM, chaque établissement avec son équipe de 10 joueurs se rencontrera sur le terrain pour un match de 10 minutes. Par un temps très ensoleillé, une centaine de personnes, patients encadrés de médecins, infirmiers, psychologues, éducateurs, ergothérapeutes, ont passé une bonne journée. Une deuxième rencontre est prévue à Grenoble.

GRENOBLE À L'INITIATIVE DU C3R, UN CENTRE DE SOIN GRENOBLOIS, SOIXANTE PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE ONT ÉTÉ INITIÉS AU RUGBY À TOUCHER DEPUIS LE DÉBUT DE L'ANNÉE.

UNE THÉRAPIE PAR LE RUGBY

Par Sébastien FIATTE

Le terrain du club de Chartreuse-Néron, à Saint-Égrève, a accueilli un tournoi de rugby à toucher jeudi après-midi. Sur la pelouse baignée de soleil, au pied des Alpes, six équipes étaient réunies par le C3R (Centre de réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive) sous l'impulsion de Julien Dubreucq, psychiatre, Franck Gabayet, psychologue-neuropsychologue, et Thierry Lucas, éducateur technique spécialisé. Une soixantaine de patients souffrant de schizophrénie se sont assés à la manœuvre de la balle ovale dans une optique thérapeutique. « Les valeurs du rugby, fondées sur le respect, le fair-play, offrent une meilleure image que le football », soutient le premier, qui a travaillé avec Jean-Paul Chabannes, psychiatre et ancien rugbyman. « La pratique est utile, un apprentissage qui n'est pas appliqué à moins de portée ».



Quatre joueurs des Diables rouges de Grenoble, Florent, Cyril et Stéphane (de gauche à droite) et Arthur (accroupi) ont accepté de témoigner sur leur maladie et les bienfaits de la pratique du rugby à toucher pour les aider à s'épanouir. Photo DR

LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION
Après une première expérience en 2013, six centres de soin de la région Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon, Valence, Bourg-en-Bresse, Albertville et Saint-Geoirs-en-Valdaine) se sont unis pour organiser trois rencontres, avec le soutien du Sivom de Néron et du comité des Alpes notamment. Après Lyon et Valence, en mars et avril, la troisième étape a donc fait une halte dans la banlieue de Grenoble. Ici, plus qu'ailleurs, l'important est de participer. Le jeu et le sport sont un moyen d'aider les malades à lutter contre leur handicap. « L'image du schizophrénie est complètement fautive. L'objectif est d'aider les personnes qui souffrent de cette maladie de lutter contre la stigmatisation et de leur permettre de trouver des solutions pour accéder au logement, au travail et s'affirmer dans leur droit. »

théorique, avec des mises en situation (tricherie, gestion de conflits), les patients suivis sont passés à la pratique. Surmontant leur stress ou leurs inhibitions, une minorité a même joué le jeu de répondre aux quelques journalistes présents. Quatre joueurs des Diables rouges de Grenoble, Arthur, Cyril, Florent et Stéphane, ont accepté de se confier. Seul Cyril, à bordé au FC3, était déjà familier avec l'ovale. Les autres l'ont découvert à cette occasion. « Je connaissais seulement par le biais des médias de ce centre. Je suis intéressé par ce programme basé sur le rugby. Pas sûr toutefois que l'expérience soit reconduite l'année prochaine. Les fonds nécessaires sont réduits au strict minimum (repas, déplacements et équipements) mais il n'est pas garanti de pouvoir les réunir une deuxième année de suite. »

« Souvent, on ressent un décalage du quo-

Prévenir la désinsertion sociale, scolaire et professionnelle



Accompagner Le Handicap Psychique en Isère

Service Rétablissement

Service d'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap psychique



Visites à domicile



Accompagnement aux rendez-vous



Rencontres au service



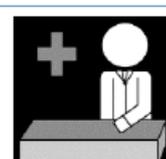
Contact téléphonique



Soutien aux soins



Temps collectifs



Santé



Domicile, vie quotidienne



Gestion administrative



Travail, formation, loisirs



Vie relationnelle, familiale, affective



Environnement et mobilité

Prévenir la désinsertion sociale

Vie affective et parentalité

- Vie affective et rôle parental centraux pour beaucoup de personnes mais peu pris en compte avec une offre limitée de soins et services dans ces domaines
- Accompagnement par une sage-femme référent (e) de parcours en périnatalité pendant les 1000 premiers jours
- Groupe ETP usager-conjoints (3 x 3h)
 - Faciliter la prise de décision sur le fait de devenir parent ou non / de prendre un traitement ou pas pendant la grossesse
- Groupe ETP aidants-familiaux (2 x 3h)
 - Soutenir les aidants familiaux
- Groupe Vie de couple / devenir parent (16 séances)
 - Vie de couple
 - Devenir parent

Healthy Babies for Mothers with Serious Mental Illness:

A Case Management Framework
for Mental Health Clinicians



un autre REGARD

REVUE DE LIAISON TRIMESTRIELLE DE L'UNAFAM

N°3 - 2020



Groupe de parole Grands-parents UNAFAM

FONDATION FONDAMENTAL PRESENTE

MARGOT LA MARIÉE CLÉMENT LE MARI
ANNE LA MÈRE MATHILDE LA MEILLEUR AMIE PAUL LE PARRAIN NICOLAS LE COUSIN

SCHIZOPHRÉNIE, BONHEUR & CIE



EN FRANCE, 600.000 PERSONNES SONT ATTEINTES DE SCHIZOPHRÉNIE.
SE RÉTABLIR ET VIVRE AVEC CETTE MALADIE, C'EST POSSIBLE !

MARGOT ET SES PROCHES TÉMOIGNENT SUR WWW.BONHEUR-ET-SCHIZOPHRENIE.COM

UNE CAMPAGNE EN PARTENARIAT AVEC  ET AVEC LE SOUTIEN DE  ET 

ROGER DE SPOELBERCH

<https://zonevideo.telequebec.tv/media/23673/etre-bipolaire-et-avoir-des-enfants-possible/format-familial>

<https://www.bonheur-et-schizophrenie.com>

Pour les parents d'enfants plus âgés: réinvestir son rôle de parent



© 2019 American Psychological Association
1095-139X/19/\$12.00

Psychiatric Rehabilitation Journal

2019, Vol. 42, No. 2, 105-112
http://dx.doi.org/10.1037/prj0000039

Motherhood Reimagined: Experiences of Women With SMI Surrounding Parenting

Lauren Mizock, Andrea Laurel Merg, Eugene Joseph Boyle, and Elyse Kompaniez-Dunigan
Fielding Graduate University



the british
psychological society
promoting excellence in psychology

Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice (2020)

© 2020 British Psychological Society
www.wileyonlinelibrary.com

How psychosis interrupts the lives of women and men differently: a qualitative comparison

Ruth L. Firmin^{1,2*}, Aieyat B. Zalzal³, Jay A. Hamm⁴,
Lauren Luther^{5,6} and Paul H. Lysaker^{7,8}

Sex Differences in Recovery-Related Outcomes and Needs for Psychiatric Rehabilitation in People With Schizophrenia Spectrum Disorder

Marine Dubreucq, MSc^{a,b}; Julien Plasse, MSc^{c,d}; Franck Gabayet, MSc^{a,b}; Olivier Blanc, MD^e; Isabelle Chereau, MD^{b,c}; Sophie Cervello, MD^{c,d}; Geoffroy Couhet, MD^f; Caroline Demilly, MD, PhD^g; Nathalie Guillard-Bouhet, MD^h; Benjamin Gouache, MDⁱ; Nemat Jaafari, MD, PhD^j; Guillaume Legrand, MD^k; Emilie Legros-Lafarge, MD^l; Genevieve Mora, MD^m; Romain Pommier, MDⁿ; Clélia Quilès, MD^o; Hélène Verdoux, MD, PhD^o; Francis Vignaga, MD^p; Catherine Massoubre, MD, PhD^q; Nicolas Franck, MD, PhD^{r,s}; and Julien Dubreucq, MD, PhD^{a,b,t} for the REHABase Network

Psychiatric Rehabilitation Journal
2017, Vol. 40, No. 4, 361-370

© 2017 American Psychological Association
1095-139X/17/\$12.00 http://dx.doi.org/10.1037/prj0000040

Parenting as a Focus of Recovery: A Systematic Review of Current Practice

Andrea Reupert, Rhys Price-Robertson, and Darryl Maybery
Monash University

Table 1

Motherhood Themes for Women With SMI

Mothering Theme	Definition
Motherhood Declined	Decisions to become intentionally childless among women with SMI
Motherhood Derailed	Disruption of plans to become a mother among women with SMI
Motherhood Disabled	Incapacitation of ability to be a mother among women with SMI
Motherhood Reimagined	Adaptations to parenting role to accommodate mothering in the face of obstacles among women with SMI
Mattering through Motherhood	Self-preservation and meaning found in mothering among women with SMI

Note. SMI = severe mental illness.

Impact différent des troubles selon le genre

- Mères
 - perte de la garde des enfants
 - attitudes paternalistes
 - auto-stigmatisation sur les compétences parentales
 - Plus de rôles sociaux mais impact négatif sur les aspects subjectifs du rétablissement (auto-stigmatisation, QoL, satisfaction / vie)
- Pères
 - difficulté à conserver un emploi

Réadaptation psychosociale en Isère et dans l'Arc alpin

QUESTIONS ET PERSPECTIVES



Towards an improved access to psychiatric rehabilitation: availability and effectiveness at 1-year follow-up of psychoeducation, cognitive remediation therapy, cognitive behaviour therapy and social skills training in the FondaMental Advanced Centers of Expertise-Schizophrenia (FACE-SZ) national cohort

Julien Dubreucq^{1,14,22} · B. Ycart²³ · F. Gabayet^{1,14} · C. C. Perier^{1,14} · A. Hamon²³ · P. M. Llorca^{1,10} · L. Boyer^{1,4,5} · O. Godin^{1,20,21} · E. Bulzacka^{1,2,3} · M. Andrianarisoa^{1,2,3} · B. Aouizerate^{1,6,7,17,18} · F. Berna^{1,8} · L. Brunel^{1,2,3} · D. Capdevielle^{1,9} · I. Chereau^{1,10} · T. D'Amato^{1,11} · C. Dubertret^{1,12,13} · C. Faget^{1,15} · J. Mallet^{1,12,13} · D. Misdrahi^{1,6,17,19} · C. Passerieux^{1,16} · R. Rey^{1,11} · R. Richieri^{1,15} · A. Schandrin^{1,9} · F. Schürhoff^{1,2,3} · M. Urbach^{1,16} · P. Vidailhet^{1,8} · E. Giraud-Baro^{1,22} · G. Fond^{1,4,5} · FACE-SZ (FondaMental Academic Centers of Expertise for Schizophrenia) group

Received: 5 December 2018 / Accepted: 21 March 2019

© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2019

Abstract

Psychosocial Interventions (PIs) have shown positive effects on clinical and functional outcomes of schizophrenia (SZ) in randomized controlled trials. However their effectiveness and accessibility remain unclear to date in “real world” schizophrenia. The objectives of the present study were (i) to assess the proportion of SZ outpatients who benefited from PIs between 2010 and 2015 in France after an Expert Center Intervention in a national multicentric non-selected community-dwelling sample; (ii) to assess PIs’ effectiveness at 1-year follow-up. 183 SZ outpatients were recruited from FondaMental Advanced Centers of Expertise for Schizophrenia cohort. Baseline and 1-year evaluations included sociodemographic data, current treatments, illness characteristics and standardized scales for clinical severity, adherence to treatment, quality of life, a large cognitive battery, and daily functioning assessment. Only 7 (3.8%) received a PI before the evaluation, and 64 (35%) have received at least one PI during the 1-year follow-up. Having had at least one PI during the follow-up has been associated in multivariate analyses with significantly higher improvement in positive and negative symptoms (respectively $p = 0.031$; $p = 0.011$), mental flexibility (TMT B, $p = 0.029$; C-VF, $p = 0.02$) and global functioning ($p = 0.042$). CBT and SST were associated with higher cognitive improvements, while CRT was associated with clinical improvement. These results have not been demonstrated before and suggest that the effect of each PI is larger than its initial target. The present study has confirmed the PIs’ effectiveness in a large sample of community-dwelling SZ outpatients at 1 year follow-up. Efforts to improve access to PI should be reinforced in public health policies.

Merci pour votre attention !