

De la Clinique à la Recherche Remédiation Cognitive au CREATIV

Colloque AFRC
22/09/2017
POITIERS

Dr Nathalie GUILLARD-BOUHET

CREATIV

Centre

REhabilitation

Activités

Thérapeutiques

Intersectoriel

Vienne

=hôpital de jour
intersectoriel
(secteurs 1-2-3)



HISTOIRE (1)

- 1995 : mutualisation des moyens



création d'un hôpital de jour classique :
ateliers à médiation d'orientation analytique.
Quartier des Couronneries

- 2005 : publication Encéphale « Réhabilitation et qualité de vie dans la SCZ » : étude sur 67 personnes, majorité issue de l'HdJ.

HISTOIRE (2)

- 2006-2007 : études nombreuses sur bénéfices de la psycho-éducation dans la SCZ.



- Création groupe PACT (Psychose Aider Comprendre Traiter)
- 2011 : groupe PROFAMILLE et PCMCT (Programme Conscience Maladie Connaissance Traitement)



REFERENCES	TYPE D'ETUDES	RESULTATS
PEKKALA E., MERINDER L. Cochrane Database Syst Rev 2002	Méta-analyse 10 études PE familles	-dim°sign. tx rechutes 9-18 mois -effet positif bien-être -pas d'impact observance
PITSCHER G., BAULM J. Munich Psychosis Information Project 2006	Étude longitudinale 236 patients PE individuelle	-dim°sign. tx reh° -amélioration observance -amélioration insight (SUMD)
LINCOLN TM. , WILHELM K. Schizophrenia Research 2007	Méta-analyse 199 études	-dim°tx reh°12 mois, pas après -augm°bénéfices si PE famille+individuelle
DE BEAUCHAMP I., GIRAUD- BARO E., BOUGEROL T Educ Ther Patient 2010	Etude longitudinale 14 mois PE individuelle	-dim°tx reh° : 12% versus 31% groupe témoin
PRASKO J., VRBOVA K. Biomed Pap Med 2011	Étude longitudinale 57 patients Programme STEPS	-dim°tx reh°à 6 mois : 20% versus 56% -meilleure compliance, meilleure utilisation syst.soins

CULTURE de l'EVALUATION

2007 : partenariat avec le Sport Adapté



test de Ruffier+fiche évaluation

2010 : PCMCT : Insight Q8 (Bourgeois) puis
échelle de Birschwood + fiche évaluation
(inspirée Amador)

2011 : Profamille : CES-D ; croyances défensives ;
connaissances.

NOM/Prénom :

Date de naissance :

IPP : 64974

Médecin référent :

SYNDROME METABOLIQUE	Pouls au repos :	T.A. :	Taille :	Poids :	Tour de taille :	IMC :
-------------------------	------------------	--------	----------	---------	------------------	-------

Tests Date :	1 RUFFIER DICKSON (P1 + P2 + P3) - 200/10		2 ABDOMINA UX SET UP	3 JAMBES	4 EQUILIBRE PROPRIOCEPTION	5 SOUPLESSE		6 GAINAGE	
	P1		Nbre de relevés en 1 mn :	Relevés chaise/deb out en 1 mn :	Maintien en équilibre sur une jambe, temps :	Jonction des mains derrière la tête		Temps maxi en appui sur les coudes :	Dos au mur Position de la chaise :
	P2								
	P3				Maintien en équilibre sur une jambe yeux fermés, temps :	Dos : rotation du tronc	droite		
	<u>Résultat</u> s :					Hanches : Flexion du tronc	gauche distance mains/sol :		

Tests Date :	1 RUFFIER DICKSON (P1 + P2 + P3) - 200/10		2 ABDOMINA UX SET UP	3 JAMBES	4 EQUILIBRE PROPRIOCEPTION	5 SOUPLESSE		6 GAINAGE	
	P1		Nbre de relevés en 1 mn :	Relevés chaise/deb out en 1 mn :	Maintien en équilibre sur une jambe, temps :	Jonction des mains derrière la tête		Temps maxi en appui sur les coudes :	Dos au mur Position de la chaise :
	P2								
	P3				Maintien en équilibre sur une jambe yeux fermés, temps :	Dos : rotation du tronc	droite		
	<u>Résultat</u> s :					Hanches : Flexion du tronc	gauche distance mains/sol :		

SYNDROME METABOLIQUE	Pouls au repos :	T.A. :	Taille :	Poids :	Tour de taille :	IMC :
-------------------------	------------------	--------	----------	---------	------------------	-------

FICHE EVALUATION DE L'ACTIVITE SPORT ADAPTE

CYCLE :

DATE :

Médecin référent : Dr

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Objectifs individuels :

Compétences	Point fort	Point satisfaisant	Point à améliorer	Observations
I. Capacités physiques :				
II. Relation au groupe :				
Respect des autres et du cadre				
Confiance en soi				
Communication/Compréhension des autres				
Entraide				
III. Capacités cognitives :				
Capacité à s'organiser pour l'activité				
Capacité à gérer son emploi du temps				
Capacité à faire face à des situations imprévues				
Capacité d'apprentissage				
Capacité à fixer son attention; à mémoriser				
IV. Image corporelle:				
Perception de soi				
Acceptation de soi				

Estime de soi				
Ressenti corporel				
V. Hygiène de vie :				
Addictions				
Alimentation				
Sommeil				
Corporelle				
Vestimentaire				
VI. Motivation				
Intérêt par rapport aux autres / son environnement				
Capacité à se mobiliser au quotidien				
Capacité à s'impliquer dans un projet, à entreprendre et à persévérer				
VII. Symptomatologie :	Entourez et commentez votre réponse			
Observance du traitement	oui	non		
Signes négatifs :	Présents	Absents		
Signes positifs :	Présents	Absents		

• **L'activité physique a t-elle amélioré votre quotidien ?**

- pas du tout
- un peu
- beaucoup

Commentez votre réponse :

• **Souhaitez-vous pratiquer une activité sportive dans un club ?**

- oui
- non
- quels sports :
- sous quels délais ?

Groupe sur la conscience de la maladie et la connaissance du ttt (PCMCT)

- Birchwood
- Évaluation pré/post groupe

*Groupe de Psycho-éducation sur la Conscience de la Maladie et la Connaissance du
Traitement
PCMCT*

Nom du patient:

Prénom:

**ENTRETIEN INITIAL
INDIVIDUEL**

Date:

1. Conscience du trouble mental

⑩ Pensez-vous souffrir d'une maladie psychiatrique?

⑩ Pensez-vous avoir un trouble mental?

Niveau de conscience du trouble mental: / 10

2. Conscience de l'existence de symptômes positifs

⑩ Avez-vous des idées délirantes comme l'impression de se sentir surveillé ou d'être l'objet d'un complot?

⑩ Pensez-vous avoir des hallucinations comme l'impression d'entendre des voix?

⑩ Pensez-vous que des messages peuvent vous être adressés par la télévision ou la radio?

⑩ Pensez-vous que les gens autour peuvent deviner vos pensées?

Niveau de conscience des symptômes positifs: / 10

3. Conscience des symptômes négatifs

⑩ Avez-vous l'impression d'être en retrait ou d'éviter les autres?

⑩ Pensez-vous avoir moins de plaisir ou moins d'envies pour les activités habituelles de tous les jours?

⑩ Pensez-vous avoir moins d'énergie pour les activités de tous les jours?

Niveau de conscience des symptômes négatifs: / 10

4. Conscience des symptômes de désorganisation

⑩ Pensez-vous avoir des difficultés pour vous concentrer ou soutenir votre attention?

.....
⑩ Pensez-vous avoir parfois des idées floues ou désordonnées?

.....
⑩ Pensez-vous que votre pensée ou langage peut être désorganisé?

.....
Niveau de conscience des symptômes de désorganisation: / 10

5. Conscience des conséquences psychosociales de la maladie

⑩ Pensez-vous que votre maladie peut être responsable du fait que vous ne travaillez pas?

.....
⑩ Pensez-vous bénéficier d'une AAH du fait de votre maladie?

.....
⑩ Pensez-vous bénéficier de l'aide d'un curateur/tuteur du fait de votre maladie?

.....
Niveau de conscience des conséquences psychosociales de la maladie: / 10

6. Conscience des effets du traitement

⑩ Pensez-vous que les médicaments font disparaître ou diminuent les délires?

.....
⑩ Pensez-vous que les médicaments permettent de diminuer l'intensité des symptômes de votre maladie?

.....
⑩ Pensez-vous que les médicaments sont utiles pour soigner votre maladie?

.....
Niveau de conscience du traitement: / 10

7. Infos

⑩ Traitement:

.....
⑩ AAH? Mesure de protection?

.....
⑩ Début de la maladie: date? Symptômes? Hospitalisation?

.....
⑩ Symptômes actuels?

CULTURE de REHABILITATION

- Socle commun : formation collective Dr Deleu 2010 sur Réhabilitation Psycho-Sociale
- Objectifs de soins individualisés, en collaboration avec les partenaires sanitaires/médico-sociaux .
- Culture positive et optimiste du soin.
- Appui sur les ressources et valeurs personnelles des personnes accueillies (=compétences préservées) visant l'amélioration de la qualité de vie et le rétablissement.
- Place prépondérante des aidants dans le parcours de réhabilitation (PROFAMILLE)

Population accueillie

- Personnes de 18 à 60 ans souffrant de troubles psychotiques : schizophrénie, schizo-affectif, bipolaire, Asperger, trouble grave de la personnalité.
- 18 places d'hôpital de jour, soins à temps partiel, amont et/ou aval d'une hospitalisation, ou en complément d'un suivi CMP ou libéral.
- **2016** : + 50 admissions, file active de 160, personnes de + en + jeunes, après 1 première hospitalisation.

Compétences spécifiques

Équipe

pluridisciplinaire:

psychiatres, interne
DES, cadre de santé,
psychologue clinicien,
neuropsychologue,
IDE, aides-soignantes,
ASH, secrétaire,
assistante sociale.

Plateau technique:

3 TCC ; 6 ETP ; 5
RECOS, 5 CRT ; 2 MCT;
2 IPT ; 2 ToMRemed, 3
EHS ; 1 Gaïa ; 1 DU RC ;
3 Profamille ; DU santé
et qualité de vie au
travail.

En cours : DU de RC +
DU TCC

Personnes adressées par : secteurs, psychiatres libéraux, médecins généralistes, pour les aidants : eux-mêmes.

Phase de diagnostic

Entretien médical d'évaluation et d'orientation.

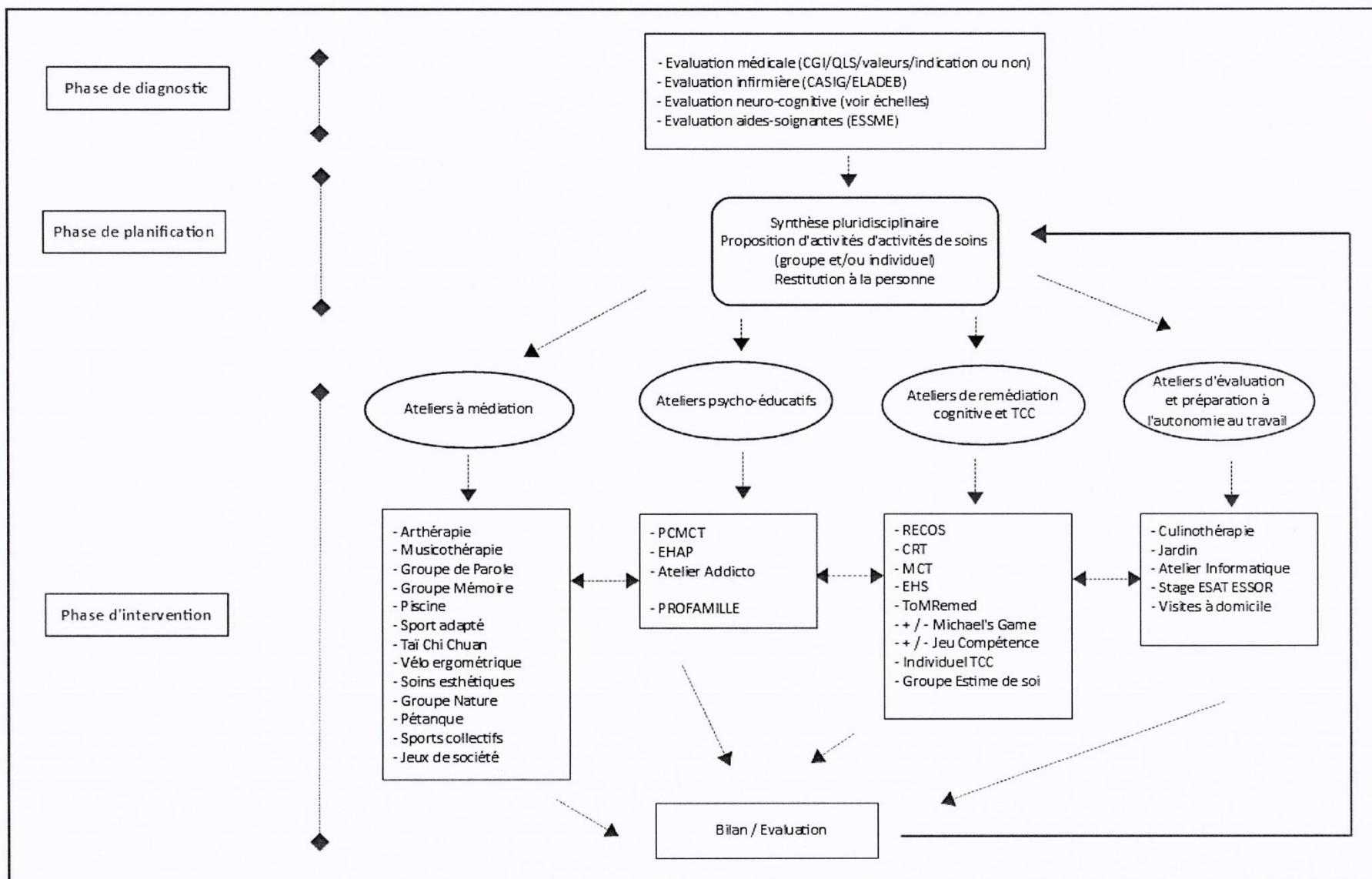
Evaluation fonctionnelle (CASIG/ELADEB) (infirmier référent +ass.sociale)

Evaluation neurocognitive +/- évaluation par AS en ME.

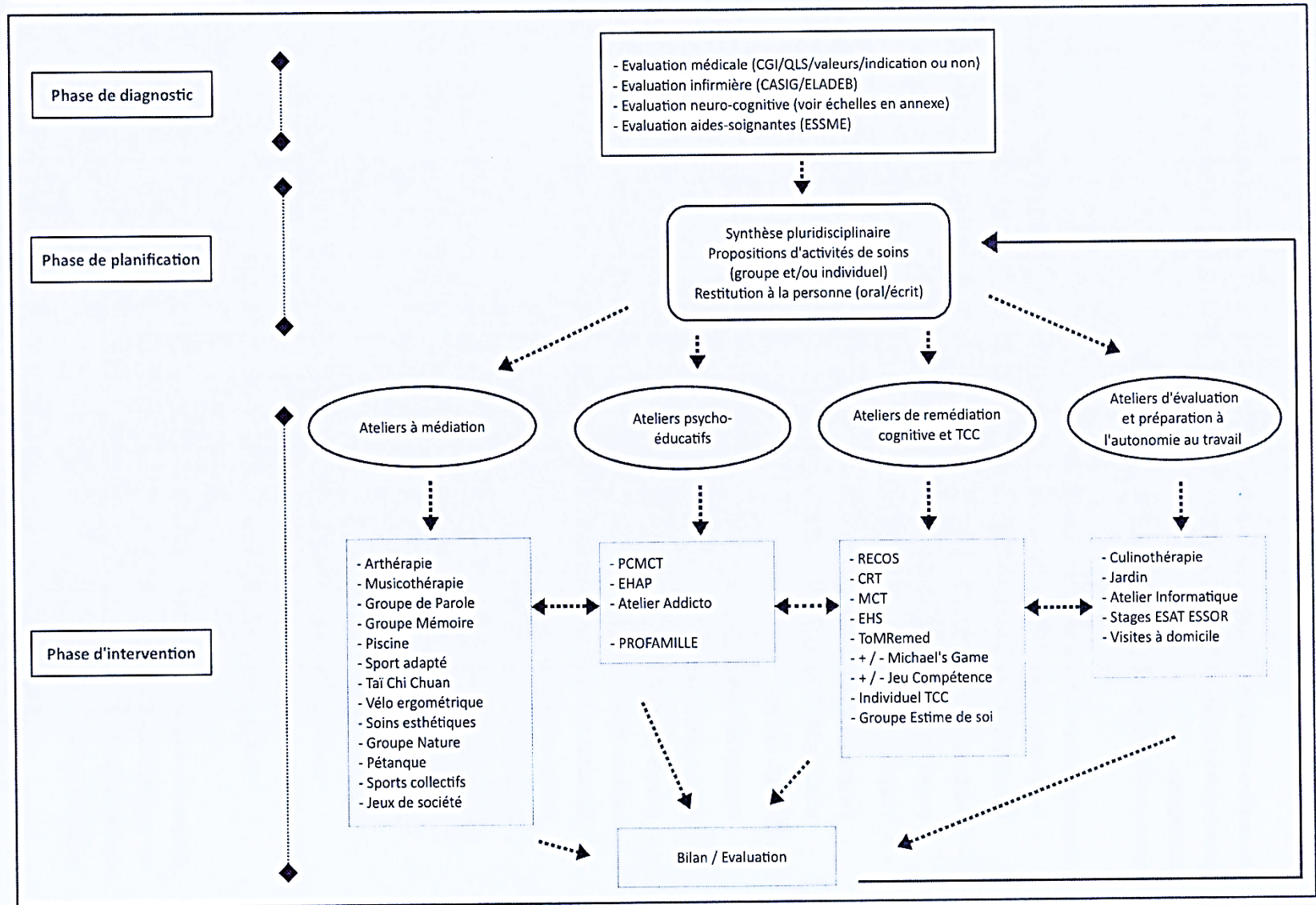
Phase de planification

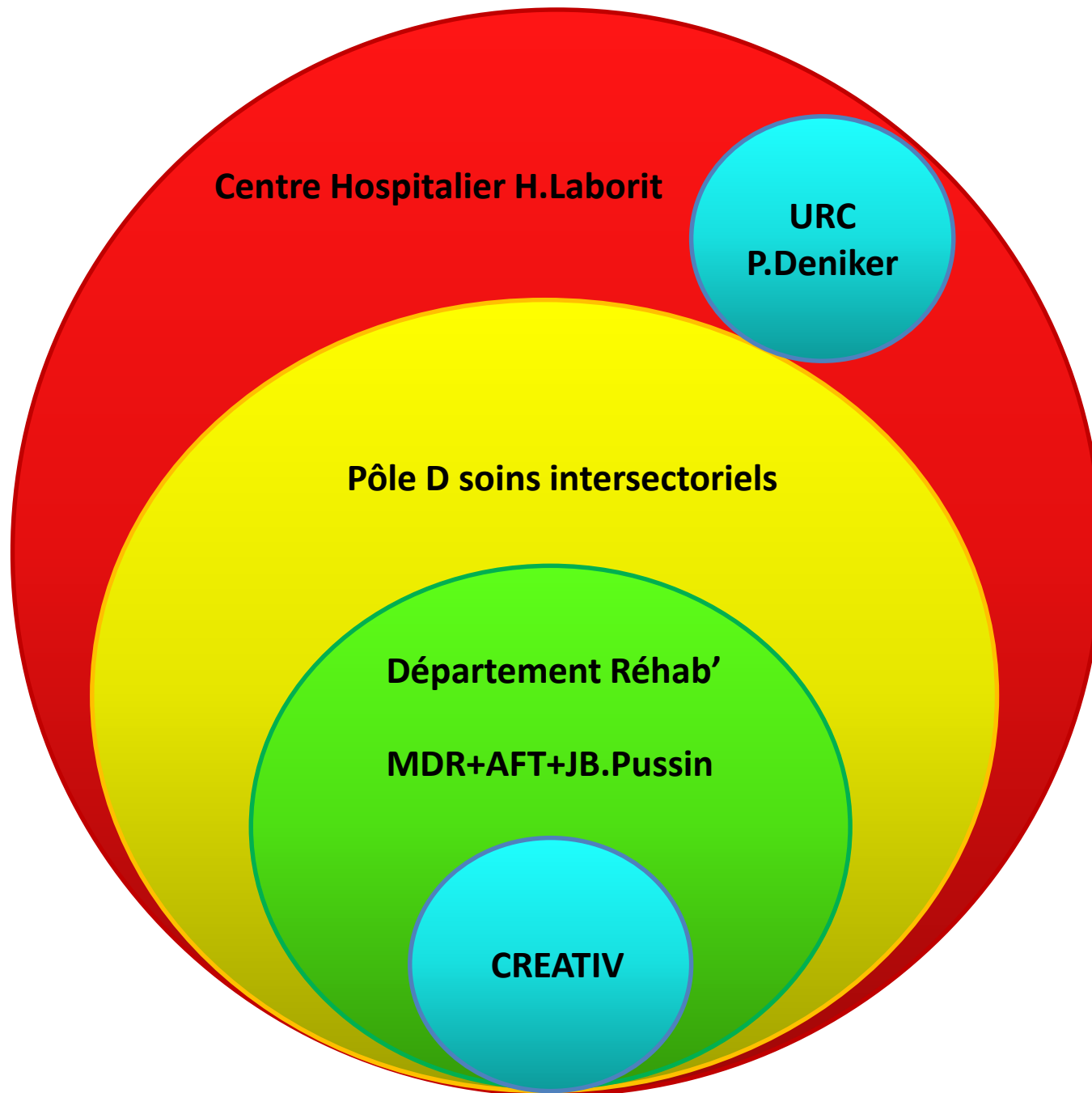
- Synthèse pluridisciplinaire=proposition d'un programme individualisé et contractualisé , empowerment .
- Restitution des bilans, document donné et signé, courrier à l'adresseur.

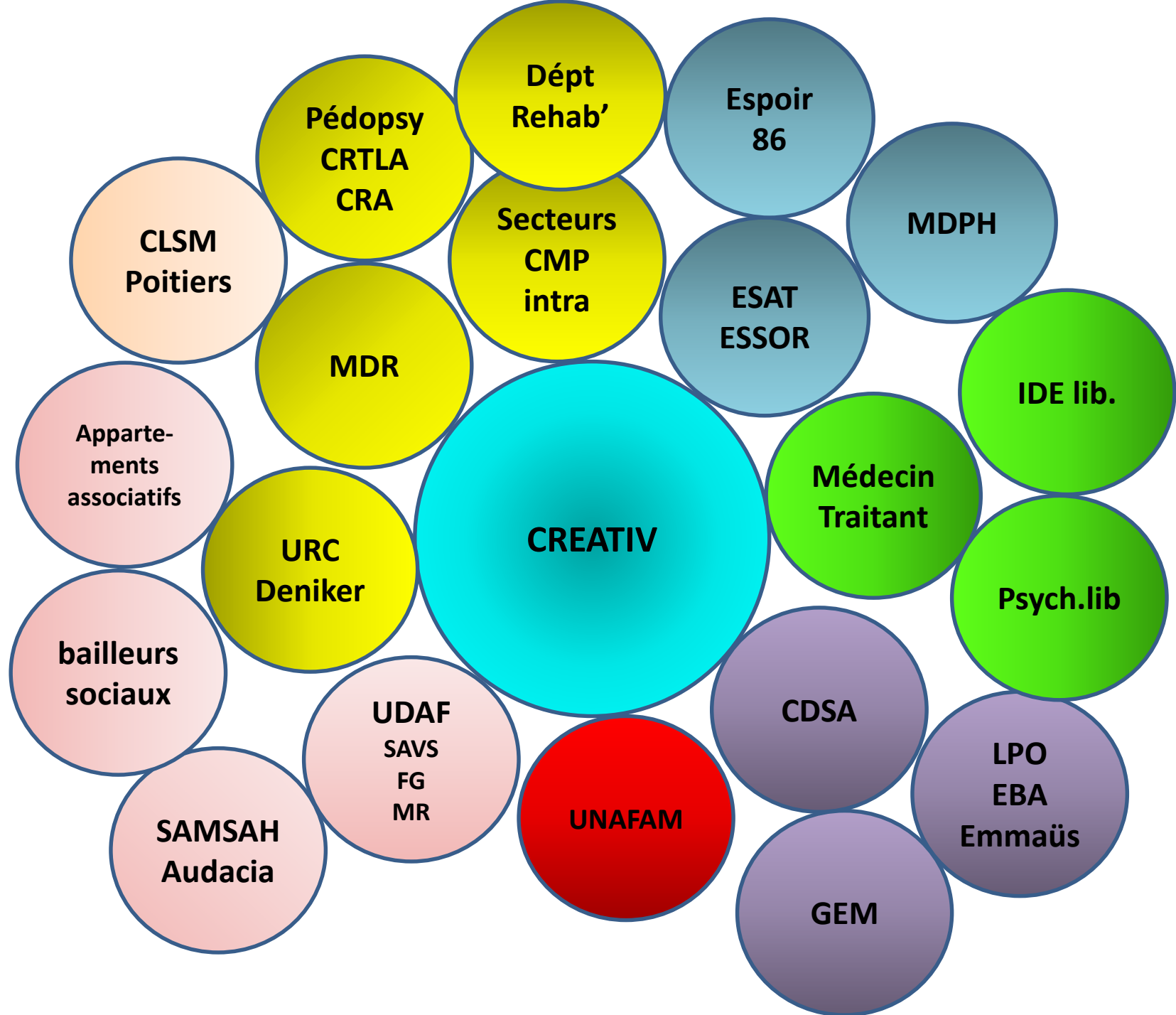
Parcours de réhabilitation



Parcours de réhabilitation







FORMATION/ENSEIGNEMENT

- Cours IFSI, DES Psychiatrie.
- Formations SAVS, Espoir 86, ...
- Supervisions équipe TCC La Rochelle.
- Formation Profamille Niort
- Terrain de stage DU RC, DU psycho-éducation (6 stagiaires), internes DES.

Communications/RECHERCHE

- 2011 : 1ère communication Congrès Profamille (résultats 2 groupes)
- 2012 : Congrès Rehab', sport+psychoéducation : 30 personnes
- 2012 : PHRC RemedRehab' (9 inclusions)
- 2015 : Colloque Sport et handicap psychique
- 2016 : 1^{ère} journée régionale de remédiation cognitive : étude de satisfaction (10 personnes)

AVENIR

- Travail de recherche sur l'empathie :
B.Thirioux, N.Borderes
2017
- Individualisation unité de RC au sein de CREATIV, matérialisée par un temps de rencontre bi-mensuel
- Priorisation des BNP
- Difficultés thérapies
- Recherche
- Liens étroits avec reste équipe
- Intervisions

VIDEO D'ADRIEN : SEPTEMBRE 2017

DISCUSSION INSIGHT (1)

- Insight : à l'arrivée Adrien ne veut pas entendre parler du diagnostic : stade moratoire

 pas de proposition de psycho-éducation

- Travail sur ses plaintes.
- 4 mois plus tard, après groupe EHS et groupe projet PRO : amélioration de l'insight.

DISCUSSION INSIGHT (2)

- 1) Hypothèses :
 - Partage d'expériences entre participants : importance de tels échanges (sujets sur la qualité de vie appréciés *Siblit* 2007)
 - Normalisation des expériences hallucinatoires ou symptômes négatifs
 - Position d'acteur, aide à surmonter le sentiment d'impuissance (*Petitjean 2014*) : EHS a permis l'acquisition de certains savoirs-faire.

DISCUSSION INSIGHT (2)


- 2) Hypothèses :

Pour certains auteurs (*Billiers 2008*) « qu'elles soient centrées sur les habiletés sociales, sur l'insertion sociétale ou la résolution de problèmes, ces démarches (EHS) utilisent des techniques diversifiées et une confrontation à des exp. positives nouvelles qui sont de nature à **stimuler l'insight** ».


DISCUSSION INSIGHT (3)

- *P.Lysaker* : altérations cognitives, touchant en particulier la **mémoire verbale** et les **fonctions exécutives** : mauvais insight par difficultés à mobiliser des souvenirs en rapport avec sa propre histoire et à le regrouper en un ensemble cohérent, lien avec la maladie.
- Adrien a commencé à travailler la planification et la résolution de problèmes dans EHS, d'où amélioration fn°exécutives.

DISCUSSION INSIGHT (4)

- Après 4 mois de soins : meilleur insight + humeur stable.  *Bouroubi 2016*, souligne qu'un bon niveau d'insight semble être lié à une symptomatologie dépressive et à une ES basse.
- Accompagnement dans l'amélioration de l'insight.

DISCUSSION INSIGHT (5)

- « une simple assimilation de connaissances ne suffirait pas à produire un changement »
(*Franck 2016*)
- « l'apport de connaissances prend appui sur le vécu et l'interprétation du patient » (*Billiers 2008*)
- Ici : prise en charge plus globale, échanges entre pairs, entre personne et soignant, travail sur la planification, résolution de pb, croyances dysfonctionnelles,  ° estime de soi.

DISCUSSION métacognition (1)

- Adrien n'a pas de plaintes cognitives au départ, en améliorant l'insight les plaintes apparaissent.
- Au BNP : déficits légers. Rejoint absence de correspondance retrouvée entre conscience globale des diff. cognitives et performances cognitives (*Prouteau 2004*).

DISCUSSION métacognition (2)

- En post-RECOS :

-Adrien s'évalue mieux sur ses performances, et il les a améliorées, mais la SSTICS ne retrouve pas diff du quotidien en lien avec tbles cognitifs.

-Fnt métacognitif mauvais+ bonnes fn° cogn :
pourtant fnt quotidien moyen :

« la qualité du fnt métacognitif constituerait un prédateur plus puissant des limitations d'activités que le fnt cognitif seul » (*Quiles, Prouteau 2012*)

DISCUSSION métacognition (3)

- Au début de RECOS : Adrien en difficultés pour générer des stratégies, bien plus efficient en fin de programme.
- RECOS de manière indirecte, a stimulé partiellement capacités métacognitives (corrobore perspectives thérapeutiques *Quiles, Prouteau 2012*)
- Intérêt de la restitution
- MAIS pb quotidiens, d'où évaluations en ME.

Unité de RC

- Intégrative : en liens étroits avec autres activités du CREATIV, centrée sur objectifs de la personne
- Soignants experts de leurs outils mais conservant une autre activité rehab'
- Permet de trouver + facilement TAD
- Thérapies innovantes, motivantes pour les soignants, d'où forte implication dans les protocoles de recherche.