

# 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.



- Crédit à l'initiative de la famille de l'auteur
- Création groupe PACT (Psychose Aider Comprendre Traiter)
- 2011 : groupe PROFAMILLE et PCMCT (Programme Conscience Maladie Connaissance Traitement)



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

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 :	<b>1 RUFFIER DICKSON (P1 + P2 + P3) - 200/10</b>		<b>2 ABDOMINAUX SET UP</b>	<b>3 JAMBES</b>	<b>4 EQUILIBRE PROPRIOCEPTION</b>	<b>5 SOUPLESSE</b>		<b>6 GAINAGE</b>	
	P1	P2				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 :
	P3					Maintien en équilibre sur une jambe yeux fermés, temps :	Dos : rotation du tronc	droite	
	<u>Résultat</u> s :							gauche	
						Hanches : Flexion du tronc	distance mains/sol :		

Tests Date :	<b>1 RUFFIER DICKSON (P1 + P2 + P3) - 200/10</b>		<b>2 ABDOMINAUX SET UP</b>	<b>3 JAMBES</b>	<b>4 EQUILIBRE PROPRIOCEPTION</b>	<b>5 SOUPLESSE</b>		<b>6 GAINAGE</b>	
	P1	P2				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 :
	P3					Maintien en équilibre sur une jambe yeux fermés, temps :	Dos : rotation du tronc	droite	
	<u>Résultat</u> s :							gauche	
						Hanches : Flexion du tronc	distance mains/sol :		

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

**FICHE EVALUTION 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
<b>I. Capacités physiques :</b>				
<b>II. Relation au groupe :</b>				
Respect des autres et du cadre				
Confiance en soi				
Communication/Compréhension des autres				
Entraide				
<b>III. Capacités cognitives :</b>				
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				
<b>IV. Image corporelle:</b>				
Perception de soi				
Acceptation de soi				

Estime de soi					
Ressenti corporel					
<b>V. Hygiène de vie :</b>					
Addictions					
Alimentation					
Sommeil					
Corporelle					
Vestimentaire					
<b>VI. Motivation</b>					
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					
<b>VII.</b> <b>Symptomatologie :</b>	<b>Entourez et commentez votre réponse</b>				
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 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, schiz-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.

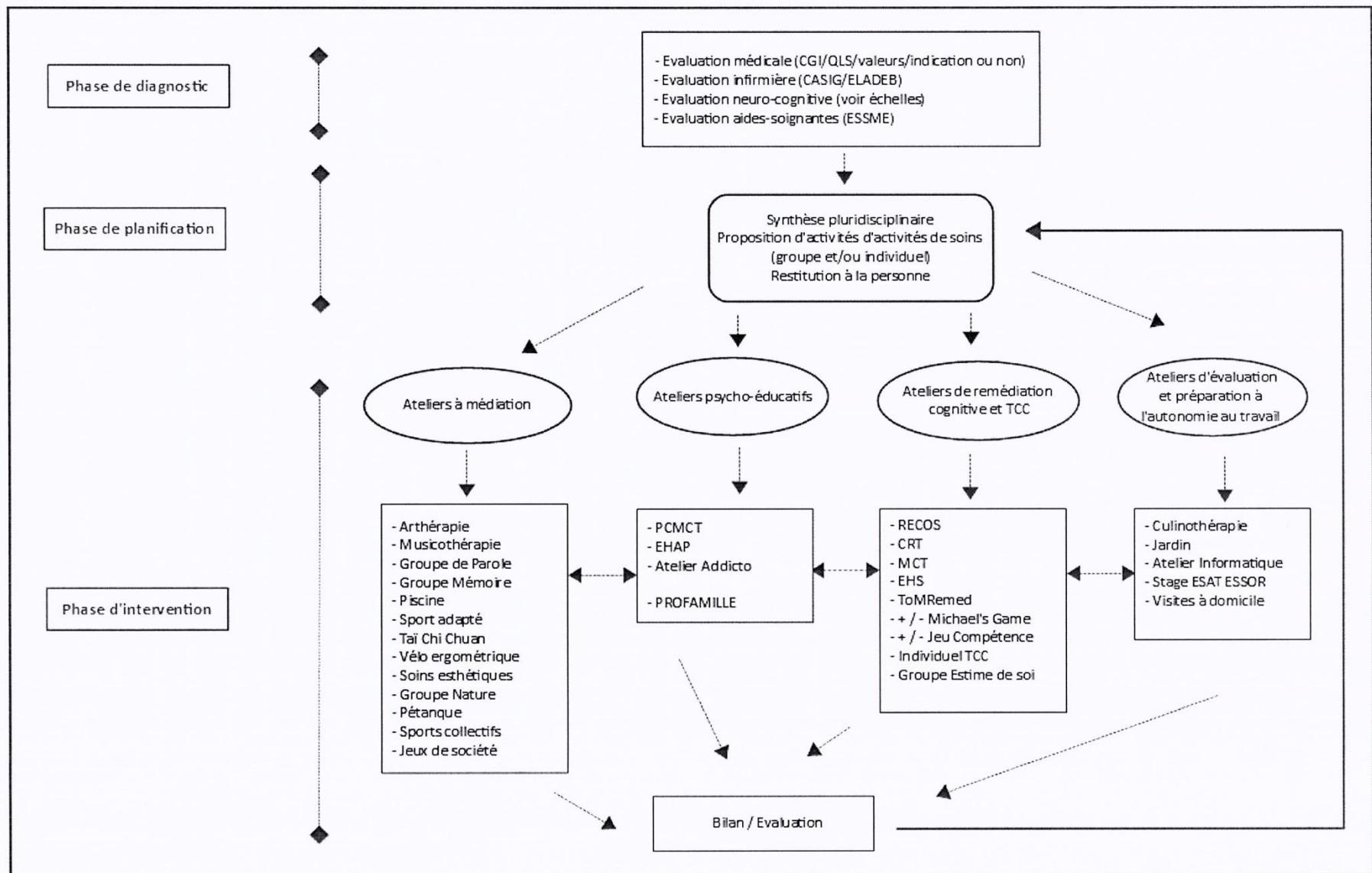
Evaluation fonctionnelle (CASIG/ELADEV ) (infirmier référent +asssociale)

Evaluation neurocognitive +/- évaluation par AS en ME.

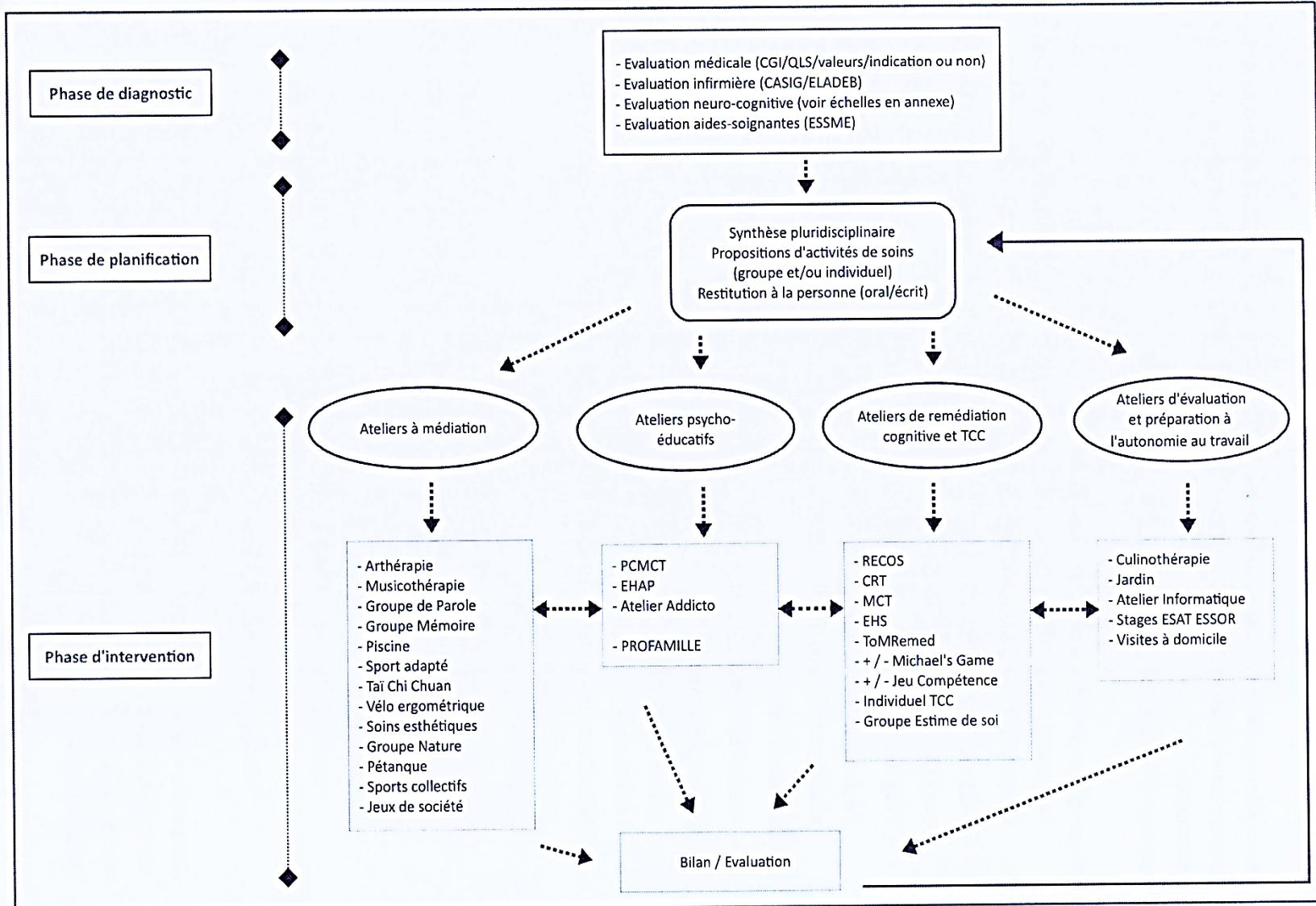
## **Phase de planification**

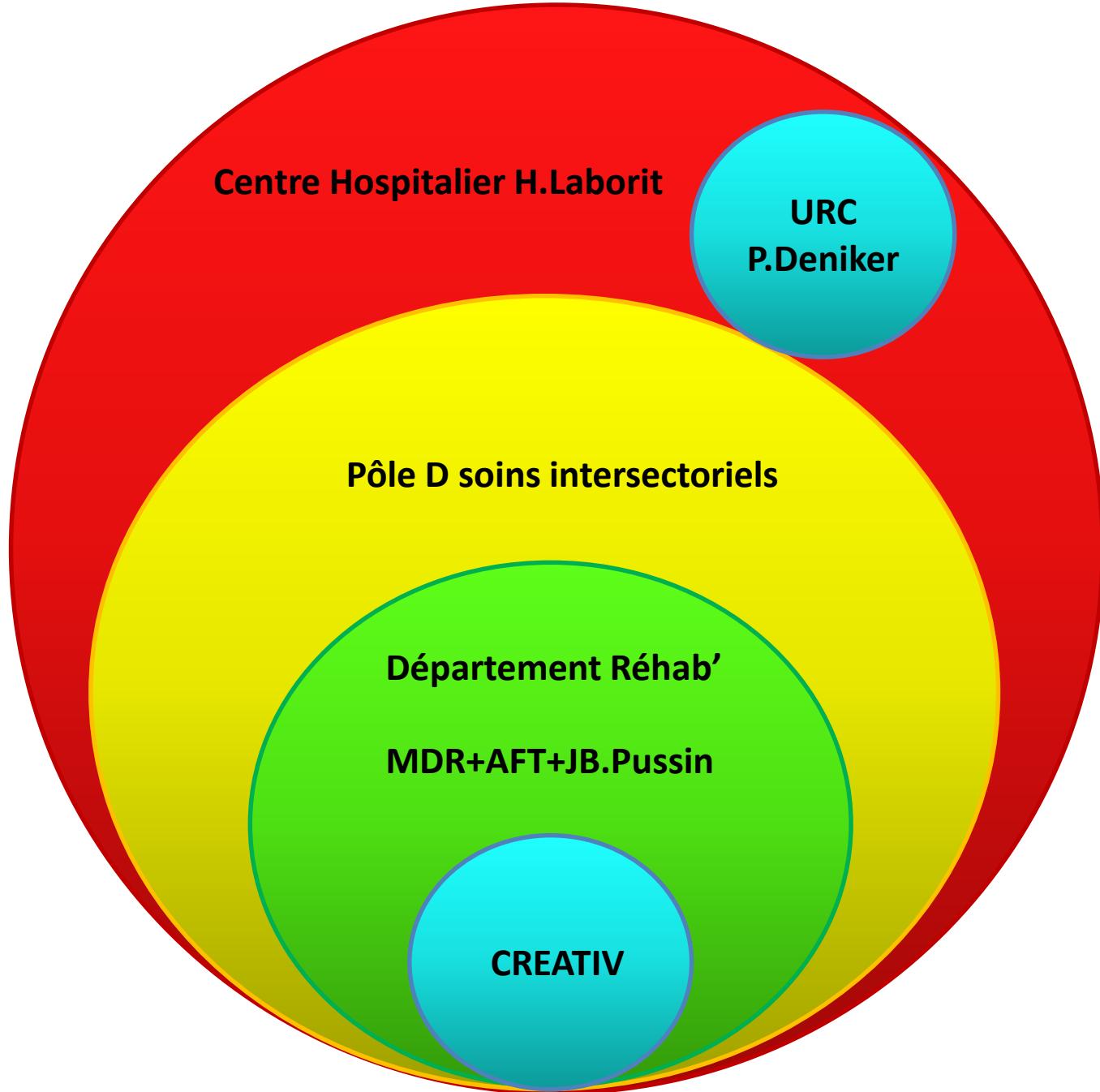
- Synthèse pluridisciplinaire=proposition d'un programme individualisé et contractualisé , empowerment .
- Restitution des bilans, document donné et signé, courrier à l'adresseur.

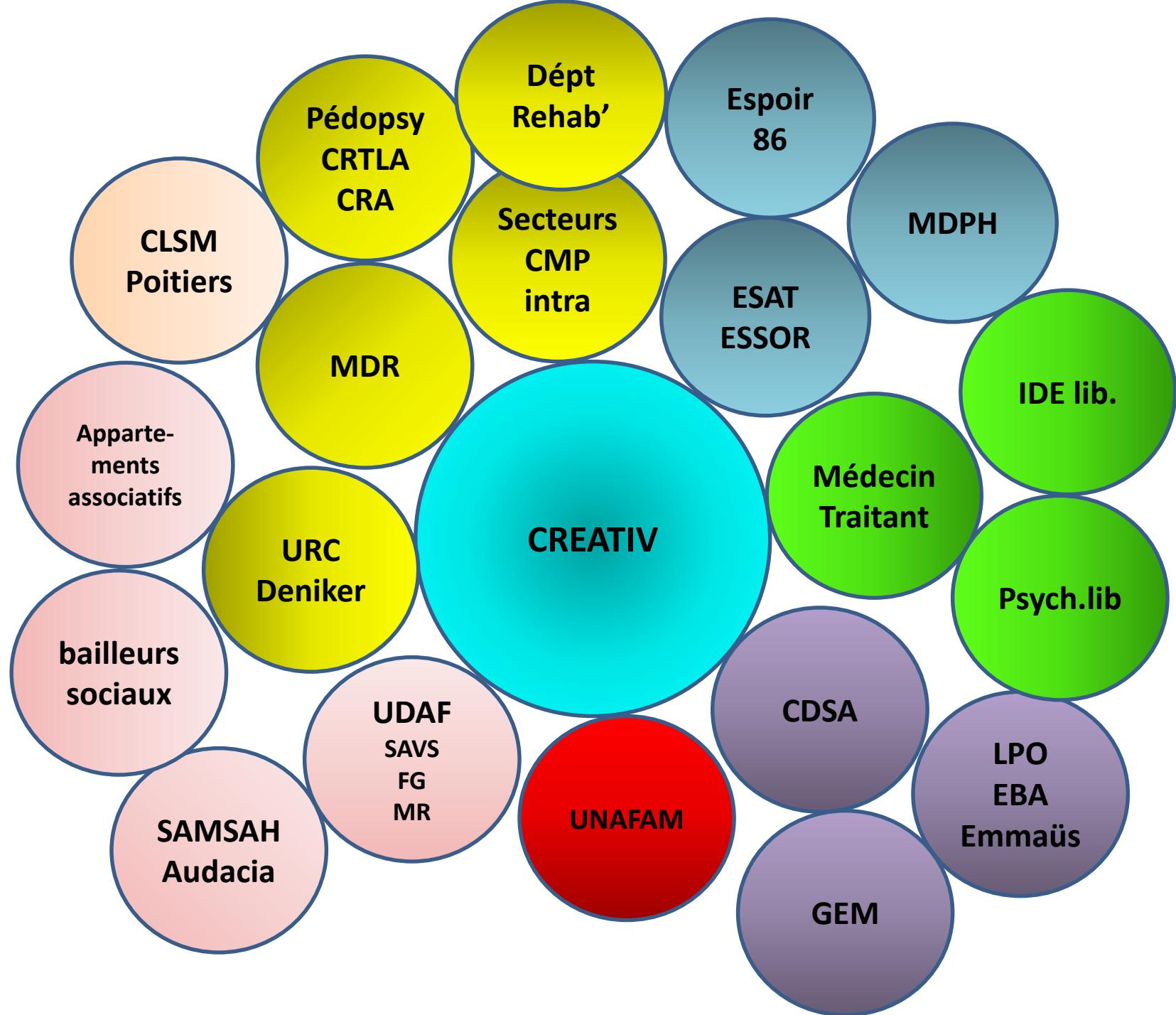
## Parcours de réhabilitation



## 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<sup>ère</sup> journée régionale de remédiation cognitive : étude de satisfaction (10 personnes)

# AVENIR

- Travail de recherche sur l'empathie :  
B.Thiroux, 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 *Siblitz 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 prédicteur 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.