PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT ET SCHIZOPHRÉNIE

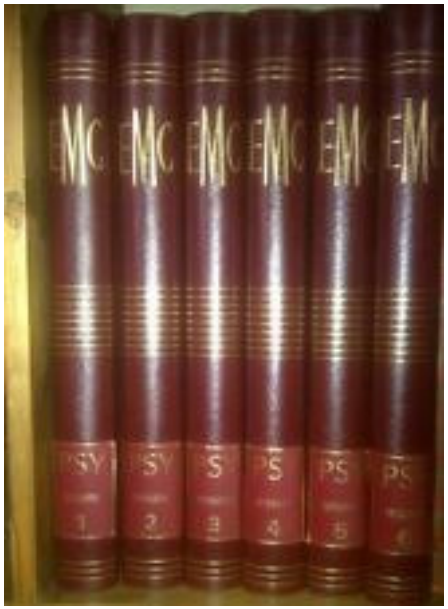
Dr Brice Martin

Service universitaire de réhabilitation

Journée EMC, Lyon, 10/12/2014

plan

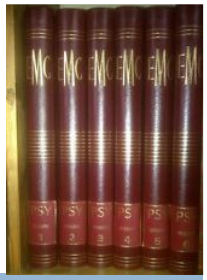
1. La perspective du rétablissement: repères historiques
2. Méthodes d'études du rétablissement
3. Principaux aspects du rétablissement
4. Applications thérapeutiques



Traité EMC 1955

Henri Ey

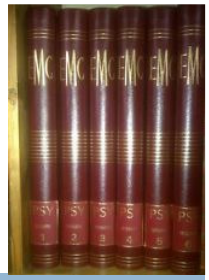
1955. Formes évolutives. Rémissions. Formes terminales. Problème du pronostic des schizophrénies, 37 285 A10.



« Nous avons jusqu'ici toujours eu en vue la « pente » naturelle de la schizophrénie vers un ***certain déclin****. C'est que, répétons le, cette tendance destructrice est l'axe même du processus schizophrénique.*

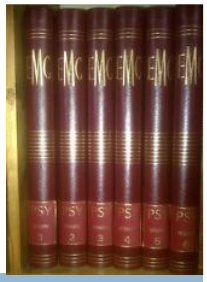
Mais elle ***n'est pas fatale****, ou plutôt elle ne l'est que dans les* ***abstractions des psychiatres*** *qui, en décrivant une* ***schizophrénie « pure »,*** *en ont fait une sorte de* ***mal « absolu ».***

En fait, nous l'avons vu en suivant les péripéties du travail organo-psychique de la psychose, en saisissant ses hésitations dans les formes de début, ses arrêts et ses reprises au cours de l'évolution, ses formes différentes de terminaisons etc., ***il n'est pas vrai que la schizophrénie soit installée fatalement dans l'individu*** *ni comme une loi génotypique de son destin, ni comme un virus inexpugnable ni comme une lésion irréversible »*



« ce que l'on connait peut être moins, c'est ce ***lent mouvement progressif d'amélioration*** *que l'on observe plus souvent chez les schizophrènes. Leur fin n'est pas, en effet, toujours* ***celle que nous venons de décrire****, l'évolution est parfois (et,* ***je crois bien, plus fréquemment qu'on ne le dit****) plus favorable […]. Sans doute* ***persiste t il presque toujours ce je ne sais quoi qui est le « cachet » de la marque schizophrénique*** *([…] des attitudes hallucinatoires, certaines bizarreries […]) mais les malades, comme s'ils sortaient d'un long tunnel,* ***s'habituent à nouveau au jour****, à la coexistence avec autrui, à une certaine forme d'activité […].*

C'est là certainement ***la forme de « guérison »*** *la plus fréquente de la schizophrénie, et il s'agit d'une des « formes terminales » qui doivent toujours faire l'objet de* ***l'espoir*** *et des soucis thérapeutiques du médecin*



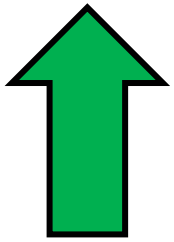
« pour terminer l'étude du pronostic (c'est-à-dire de l'aspect dynamique des ***forces de résistance de l'être contre sa désagrégation****), il nous faut, en effet, envisager avec la structure psycho dynamique de l'évolution de la schizophrénie, le* ***sens même de la maladie vécue par le schizophrène****. Cet aspect fondamental de la pathologie de la schizophrénie est devenu à tous familier depuis que Kläsi et Max Muller (1930) ont insisté sur* ***les mécanismes d'auto guérison****, c'est-à-dire sur l'importance des* ***« réactions » de l'homme schizophrène à l'égard de l'affection qu'il subit ».***

plan

1. **La perspective du rétablissement: repères historiques**
2. **Définition du rétablissement**
3. **Méthodes d'études du rétablissement**
   - Récits autobiographiques
   - Études longitudinales
   - Analyse de récit
4. **Principaux aspects du rétablissement**
   - Dimensions du rétablissement
   - Mécanismes du rétablissement
5. **Évaluer le rétablissement**
5. **Applications thérapeutiques**
   - Pour penser la philosophie du soin
   - Pour situer les outils de soin
6. **Remédiation cognitive et rétablissement**

repères historiques

Schizophrénie longtemps considérée comme une pathologie d'évolution chronique au pronostic sombre



Plusieurs facteurs

repères historiques

Leg Kraepelinien

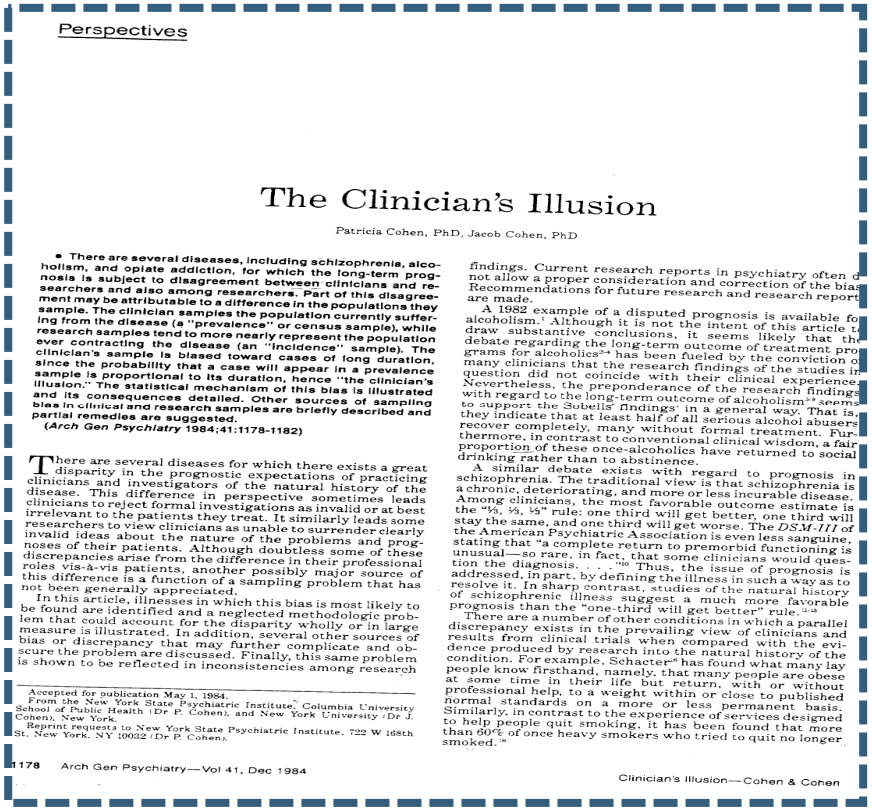
« *le critère discriminatif essentiel de cette dementia praecox est un critère évolutif, celui de l'évolution terminale, qui serait fréquemment un état d'affaiblissement* » (Garrabé, 1992)

Amélioration ne concerne guère plus que 17% des patients

(Kraepelin, 1899)

repères historiques

Illusion de Cohen (1984)



Perspectives

The Clinician's Illusion

Patricia Cohen, PhD, Jacob Cohen, PhD

• **There are several diseases, including schizophrenia, alcoholism, and opiate addiction, for which the long-term prognosis is subject to disagreement between clinicians and researchers and also among researchers. Part of this disagreement may be attributable to a difference in the populations they sample. The clinician samples the population currently suffering from the disease (a "prevalence" or census sample), while research samples tend to more nearly represent the population ever contracting the disease (an "incidence" sample). The clinician's sample is biased toward cases of long duration, since the probability that a case will appear in a prevalence sample is proportional to its duration, hence "the clinician's illusion." The statistical mechanism of this bias is illustrated and its consequences detailed. Other sources of sampling bias in clinical and research samples are briefly described and partial remedies are suggested.**

(*Arch Gen Psychiatry* 1984;41:1178-1182)

There are several diseases for which there exists a great disparity in the prognostic expectations of practicing clinicians and investigators of the natural history of the disease. This difference in perspective sometimes leads clinicians to reject formal investigations as invalid or at best irrelevant to the patients they treat. It similarly leads some researchers to view clinicians as unable to surrender clearly invalid ideas about the nature of the problems and prognoses of their patients. Although doubtless some of these discrepancies arise from the difference in their professional roles vis-à-vis patients, another possibly major source of this difference is a function of a sampling problem that has not been generally appreciated.

In this article, illnesses in which this bias is most likely to be found are identified and a neglected methodologic problem that could account for the disparity wholly or in large measure is illustrated. In addition, several other sources of bias or discrepancy that may further complicate and obscure the problem are discussed. Finally, this same problem is shown to be reflected in inconsistencies among research findings. Current research reports in psychiatry often d not allow a proper consideration and correction of the bias Recommendations for future research and research report are made.

A 1982 example of a disputed prognosis is available fo alcoholism.[1] Although it is not the intent of this article t draw substantive conclusions, it seems likely that the debate regarding the long-term outcome of treatment pro grams for alcoholics[2-4] has been fueled by the conviction o many clinicians that the research findings of the studies in question did not coincide with their clinical experience. Nevertheless, the preponderance of the research findings with regard to the long-term outcome of alcoholism[2-4] seems to support the Sobells' findings[1] in a general way. That is, they indicate that at least half of all serious alcohol abusers recover completely, many without formal treatment. Furthermore, in contrast to conventional clinical wisdom, a fair proportion of these once-alcoholics have returned to social drinking rather than to abstinence.

A similar debate exists with regard to prognosis in schizophrenia. The traditional view is that schizophrenia is a chronic, deteriorating, and more or less incurable disease. Among clinicians, the most favorable outcome estimate is the "⅓, ⅓, ⅓" rule: one third will get better, one third will stay the same, and one third will get worse. The *DSM-III* of the American Psychiatric Association is even less sanguine, stating that "a complete return to premorbid functioning is unusual—so rare, in fact, that some clinicians would question the diagnosis. . . ."[5] Thus, the issue of prognosis is addressed, in part, by defining the illness in such a way as to resolve it. In sharp contrast, studies of the natural history of schizophrenic illness suggest a much more favorable prognosis than the "one-third will get better" rule.[3,4]

There are a number of other conditions in which a parallel discrepancy exists in the prevailing view of clinicians and results from clinical trials when compared with the evidence produced by research into the natural history of the condition. For example, Schacter[6] has found what many lay people know firsthand, namely, that many people are obese at some time in their life but return, with or without professional help, to a weight within or close to published normal standards on a more or less permanent basis. Similarly, in contrast to the experience of services designed to help people quit smoking, it has been found that more than 60% of once heavy smokers who tried to quit no longer smoked."

Accepted for publication May 1, 1984.

From the New York State Psychiatric Institute, Columbia University School of Public Health (Dr P. Cohen), and New York University (Dr J. Cohen), New York.

Reprint requests to New York State Psychiatric Institute, 722 W 168th St, New York, NY 10032 (Dr P. Cohen).

repères historiques

Faible prise en compte de l'effet secondaire des neuroleptiques

www.neuropsychiatrie.fr *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats 2000 ; 11 : 9-11*

Le scandale des effets secondaires des neuroleptiques
A propos d'un livre récent de Sheldon Gelman
***Medicating schizophrenia : a history*[1]**

Alain Bottéro

repères historiques

Des chiffres…

Langfeld (1939): étude longitudinale

Henri Ey (1955): « un travail considérable »
100 cas de « schizophrénie certaine »
suivis 6 à 12 ans

Schizophrénie certaine
Guérison…… 16%
Amélioration…….. 13%
Chronicité……... 66%

repères historiques

Schizophrénie longtemps considérée comme une pathologie d'évolution chronique au pronostic sombre

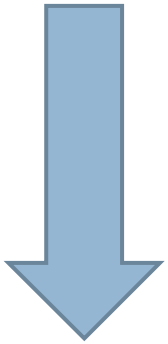
Existence d'un grand nombre d'évolutions favorables (50% ?)

↑

Études longitudinales contemporaines

repères historiques

Les études de devenir longitudinales



Dans la continuité de la conception
Bleulérienne de la schizophrénie

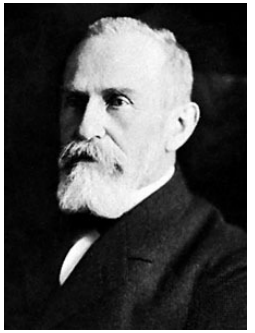
repères historiques

Les études de devenir longitudinale

- Bleuler
  - La « schizophrénie » (1911)
- Critères
  - « spaltung » de la personnalité
  - troubles associatifs (relâchement)
  - Troubles affectifs (discordance et ambivalence des sentiments, autisme)

- Pas de critère évolutif

« Je connais des schizophrènes qui ont monté une affaire complexe après être tombés malades. Une de nos catatoniques a obtenu par la suite une renommée méritée comme poète. […] Un malade héboïdophrène de Hess est professeur d'université.[…]. Puissent ces exemples montrer que nous ne fermons pas les yeux devant les cas favorables » .



repères historiques

Les études de devenir longitudinales (60 – 80)

- ***Manfred Bleuler (***1978)
- ***Luc Ciompi*** (1978)
  Obs sur 10 ans.
- ***Étude WHO*** (années 60- 70)

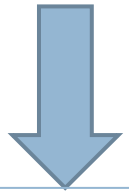
50 % d'évolutions favorables

Évolutions très variées
Grands nombres d'évolutions favorables

repères historiques

OMS (IPSS): internationale multicentrique
Années 60 - 70

Cohorte de 1202 patients atteint de schizophrénie
Suivis 5 ans
Certaines centres continué 8 années de plus
Indicateurs: rémission des symptômes/insertion sociale



52 à 60% d'évolution favorable

repères historiques

Les études de devenir longitudinales (1900 – 1990)

Special Article

One Hundred Years of Schizophrenia:
A Meta-Analysis of the Outcome Literature

James D. Hegarty, M.D., M.P.H., Ross J. Baldessarini, M.D.,
Mauricio Tohen, M.D., Dr.P.H., Christine Waternaux, Ph.D., and Godehard Oepen, M.D.

Am J Psychiatry, 1994

repères historiques

- Métanalyse (Hegarty et al, 1994)
  - Inclusion:
    - diagnostic de schizophrénie ou démence précoce
    - Suivi longitudinal au min 1 an
    - Données explicites sur sévérité clinique et contexte social
    - Traitement spécifié

320 études
51800 sujets

repères historiques

- Méta analyse de Hegarty (1994)
  - Diagnostic:
    - Kraepelin, Langfeldt, Bleuler, Schneider, Leonard, Mayer Gross, ICD-8, ICD-9, DSMII, III, III-R, RDC…
  - « Rétablissement »
    - Patients décrit comme « rétablis » ou en rémission
    - Bien être avec absence de symptômes ou symptômes résiduels
    - Améliorés sans déficit significatif, rétablis sur le plan social, ou travaillant ou vivant de façon indépendante

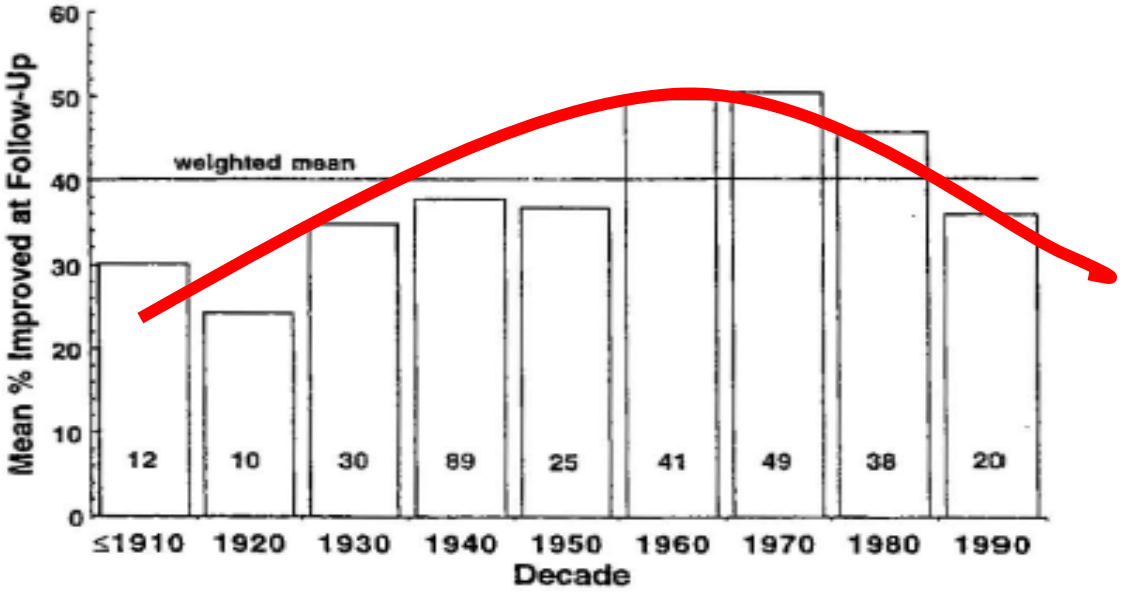
repères historiques

Évolution favorable

40% du durant la période couverte par l'étude

repères historiques

FIGURE 1. Mean Percentages of Schizophrenic Patient Cohorts Considered Improved in Follow-Ups of ≤10 Years, by Decades of Studies Reviewed[a]



repères historiques

- Amélioration jusque dans années 70
  - Arrivée des thérapeutiques efficaces (années 50)
  - Interventions familiales et communautaires (années 60)
- Déclin à partir des années 70
  - Critères diagnostiques plus restreints (néo kraepeliniens prenant en compte l'évolution).
    - Réintroduction de la durée de 6 mois à partir des années 70.

conclusion

40 – 50% d’évolution favorables…

plan

1. La perspective du rétablissement: repères historiques
2. **Facteurs pronostics…**
3. Le rétablissement: définition
3. Méthodes d'études du rétablissement
   - Récits autobiographiques
   - Analyse de récit
4. Principaux aspects du rétablissement
   - Dimensions du rétablissement
   - Mécanismes du rétablissement
5. Applications thérapeutiques
   - Pour penser la philosophie du soin
   - Pour situer les outils de soin
   - Élaboration de dispositifs de soins originaux
6. Remédiation cognitive et rétablissement

Facteurs de mauvais pronostic…

- Abus de substances (Linszen & al, 1994; Duke & al, 1994)
- Sexe: controversé
- Sévérité des symptômes (Davidson & McGlashan, 1997)
- Durée des hospitalisations (Geddes & Kendel, 1994)
- Fonctionnement social pré morbide (Davidson & McGlashan, 1997)
- Réponse initiale au traitement psychotrope (Davidson & McGlashan,1997)
- Absence de soins de réhabilitation (Harding & al, 1987)
- Présence de troubles cognitifs (Johstone & al, 1992)
- Absence de troubles de l'humeur (schizo affectif) (Johnstone & al, 1992)
- Délai entre onset de la maladie et 1er contact avec la psychiatrie (Helgason & al, 1990)
- Symptômes négatifs (Brier & al, 1991)

Facteurs de mauvais pronostic…

Mais aussi…

Facteurs de mauvais pronostic…

« Réalités et mirages : les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion »

Ellen Corin et Gilles Lauzon

Santé mentale au Québec, vol. 13, n° 1, 1988, p. 69-86.

Facteurs de mauvais pronostic…

Hypothèse de départ

Patients réhospitalisés = patients ne retrouvant pas de place dans la société càd de rôle par rapport aux institutions sociales normatives (travail, famille)

++ réhospitalisés	+/- réhospitalisés	Non réhospitalisés
Gr 1	Gr 2	Gr 3
« je suis un marginal… »		« je suis un marginal »

Facteurs de mauvais pronostic…

Non réhospitalisés

Gr 3

« habite » la société dans des espaces singuliers en marge du champ social commun

Retrait investi de façon positive	Habitation singulière de l'espace urbain Fast food, parcs, centre comm, rue du centre ville
« faire le calme en moi »	Régularité ++

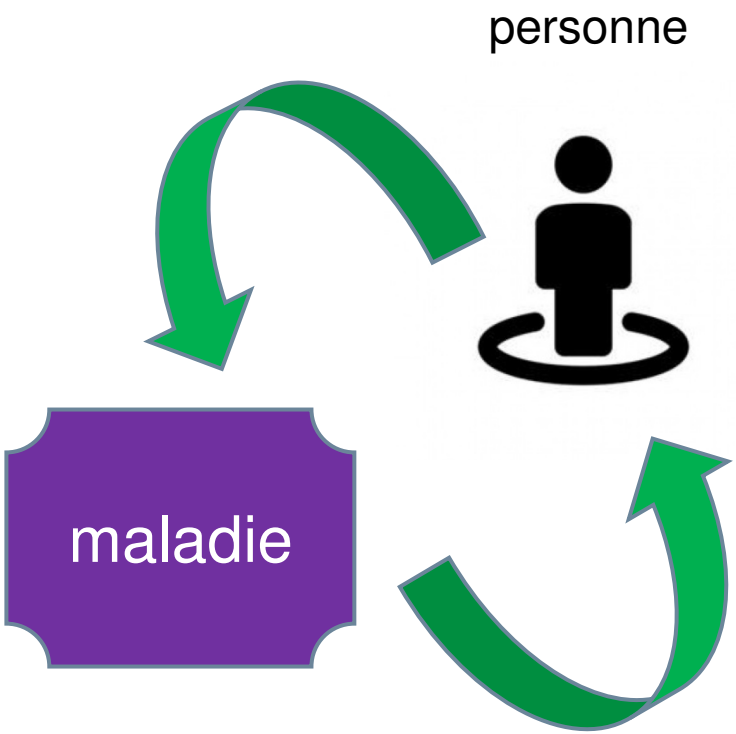
Facteurs pronostics…

- Développement d'une position de « retrait actif »: facteur de bon pronostic davantage associé à un certain « bien être »…

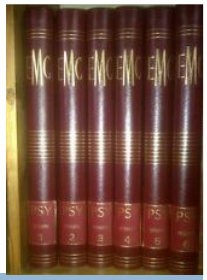
Facteurs pronostics…

Liés à la maladie

Mode de début, effet du cannabis, sévérité des symptômes, présence de troubles cognitifs etc…



Retrait actif….?????????????



« pour terminer l'étude du pronostic (c'est-à-dire de l'aspect dynamique des ***forces de résistance de l'être contre sa désagrégation****), il nous faut, en effet, envisager avec la structure psycho dynamique de l'évolution de la schizophrénie, le* ***sens même de la maladie vécue par le schizophrène****. Cet aspect fondamental de la pathologie de la schizophrénie est devenu à tous familier depuis que Kläsi et Max Muller (1930) ont insisté sur* ***les mécanismes d'auto guérison****, c'est-à-dire* ***sur l'importance des « réactions » de l'homme schizophrène à l'égard de l'affection qu'il subit ».***

Étude du rôle de la personne dans l'impact qu'elle peut avoir sur l'évolution du trouble

Perspective du rétablissement

=

Approche centrée sur la personne

plan

1. La perspective du rétablissement: repères historiques
2. **Le concept de « rétablissement »**
3. Comment étudier le rôle de la personne dans son rétablissement?
   - Récits autobiographiques
   - Analyse de récit
4. **Principaux aspects du rétablissement**
   - Dimensions du rétablissement
   - Mécanismes du rétablissement
5. **Applications thérapeutiques**
   - Pour penser la philosophie du soin
   - Pour situer les outils de soin
   - Élaboration de dispositifs de soins originaux
6. **Remédiation cognitive et rétablissement**

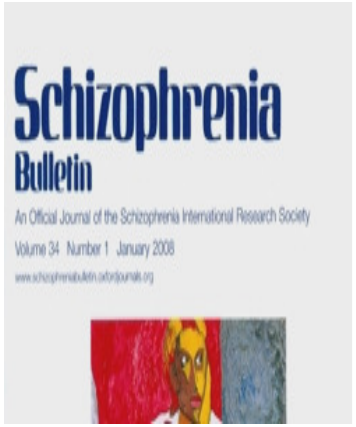
repères historiques

Les récits autobiographiques

- Source de données à partir du milieu des années 70
- « consummer movement » , « survivors »
- Témoignages publiés dans le ***schizophrénia bulletin***

→ Émergence du concept de rétablissement

→ Implication des usagers dans le système de soin
« *nothing about us without us* »



repères historiques

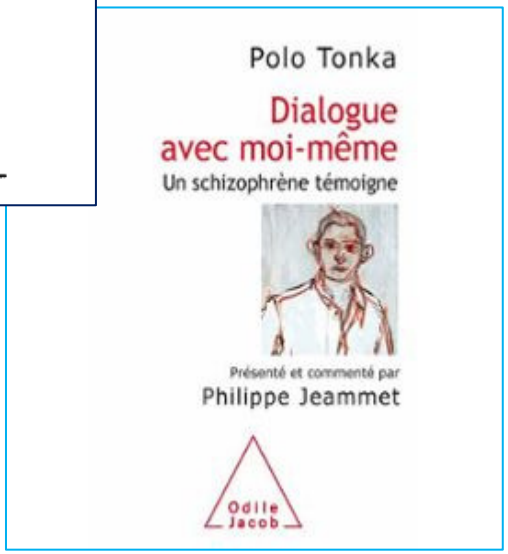
Les récits autobiographiques

Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation

Psychosocial Rehabilitation Journal ***Volume 11, Number 4: April, 1988***

Patricia E. Deegan

Patricia E. Deegan, Ph.D., is a clinical psychologist who is currently living in a L'Arche community with mentally handicapped adults in Ipswich, Massachusetts.



Le rétablissement

1. Le rétablissement n'implique pas un retour à l'état antérieur à la maladie

« le rétablissement se réfère à l'expérience vécue de personnes en ce qu'elles acceptent et dépassent le challenge de l'incapacité » (Deegan, 1988)

2. Le rétablissement constitue un processus dynamique

« De la perspective du mouvement des "consommateurs/survivants" [...], le rétablissement n'est pas compris comme "produit fini ou résultat" statique et idéal. [...] C'est un processus au long cours qui implique un nombre indéfini de marches incrémentielles » (Davidson, 2003)

Le rétablissement: définition

3. Le rétablissement constitue une démarche personnelle

« le rétablissement n'est donc pas d'abord affaire de soins, il est fondamentalement une démarche personnelle, exigeante, de longue haleine, dont il convient de laisser voir et de favoriser la possibilité » (Pachoud, 2011)

plan

1. La perspective du rétablissement: repères historiques
2. Définition du rétablissement
3. **Comment étudier le rôle de la personne dans son rétablissement?**
   - Récits autobiographiques
   - Analyse de récit
4. Principaux aspects du rétablissement
   - Dimensions du rétablissement
   - Mécanismes du rétablissement
5. Applications thérapeutiques
   - Pour penser la philosophie du soin
   - Pour situer les outils de soin
6. Remédiation cognitive et rétablissement

Comment étudier le rôle de la personne?

Les études de suivi longitudinales sur le court et le long terme apportent la preuve que les personnes peuvent et doivent se rétablir de la schizophrénie. En dehors du rôle des troubles cognitifs et des symptômes négatifs comme des indicateurs d'évolution médiocre, et de la présence de dépression et, encore, d'un début brutal comme indicateurs d'une évolution positive, nous connaissons peu de choses sur le processus du rétablissement de la maladie cependant.

les processus impliqués dans le rétablissement ne doivent pas se prêter eux-mêmes à être découverts à travers nos méthodes habituelles de recherche clinique.

(Davidson, 2003)

plan

1. La perspective du rétablissement: repères historiques
2. Définition du rétablissement
3. **Comment étudier le rôle de la personne dans son rétablissement?**
   - Récits autobiographiques
   - Analyse de récit
4. Principaux aspects du rétablissement
   - Dimensions du rétablissement
   - Mécanismes du rétablissement
5. Applications thérapeutiques
   - Pour penser la philosophie du soin
   - Pour situer les outils de soin
6. Remédiation cognitive et rétablissement

Comment étudier le rôle de la personne?

►**récits autobiographiques**

Récits autobiographiques à l'intérieur desquels les personnes évoquent l'histoire de leur pathologie, leur devenir, les façons dont elles sont parvenues à « s'en sortir ».

✓Essor du concept de rétablissement
✓Identification de dimensions fréquemment impliquées dans le rétablissement

Deegan P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J 1988;11:11–9.*

Comment étudier le rôle de la personne?

►récits autobiographiques

Limites:

✓**vision souvent fixée de la pathologie**

« la littérature issue du mouvement des "consommateurs/survivants" a identifié un nombre de composantes que les personnes qui ont eu une pathologie mentale sérieuse ont trouvé importantes pour reconquérir leur vie en dépit du fait de rester handicapé » (Davidson, 2003).

Or, la question du rétablissement convoque également et surtout la question de savoir comment une personne affecte le cours de la pathologie elle-même, bien au-delà de son « adaptation » à la pathologie.

✓**Usager en position d'expert.**

Un grand nombre de patients, pourtant rétablis, ne sont pas en mesure d'expliciter les mécanismes de leur rétablissement, omettant des expériences parfois capitales

plan

1. La perspective du rétablissement: repères historiques
2. Définition du rétablissement
3. **Comment étudier le rôle de la personne dans son rétablissement?**
   - Récits autobiographiques
   - Analyse de récit
4. Principaux aspects du rétablissement
   - Dimensions du rétablissement
   - Mécanismes du rétablissement
5. Applications thérapeutiques
   - Pour penser la philosophie du soin
   - Pour situer les outils de soin
   - Élaboration de dispositifs de soins originaux
6. Remédiation cognitive et rétablissement

Comment étudier le rôle de la personne?

►analyse de récit

Etudier le récit de personnes en parcours de rétablissement.
Rôle de l'interviewer: favoriser l'émergence d'un récit concret des expériences quotidiennes de la personne
Rôle de l'interviewé: adopter la position d'un conteur (et non d'un expert).

✓Porte d'entrée précieuse dans la dynamique du rétablissement
✓Identification de certains processus fréquemment impliqués

Comment étudier le rôle de la personne?

►analyse de récit

Recueil du récit

Interroger
Thématique générale
Expériences concrètes (actions)
Partie de sa trajectoire
Pas hypothèses pré établies

Favoriser l'élaboration
Variations imaginaires
Travailler les propos ambigus
Écouter…

Recrutement
Maximum variation sampling
Snowball sampling
Extrem case sampling

Méthodes d'études du rétablissement

►analyse de récit

Analyse du récit

Organiser/coder les données	Sortir des logiques
Noter les récurrences (logiques d'actions) Double cotation incontournable	Privilégier les logiques motivationnelles et expérientielles

<u>Etude d'un comportement de retrait au domicile</u>

Logique naturaliste-causaliste : « voilà une personne atteinte de schizophrénie qui reste à son domicile du fait d'altération du système biologique de la motivation à l'origine de cette sémiologie déficitaire ».

Logique phénoménologique-expérientielle (réduction phénoménologique) : « voilà une personne âgée de 35 ans, par ailleurs diagnostiquée avec une schizophrénie, pour qui l'existence est devenue sans intérêt compte tenu du fait qu'elle vit seule et isolée ».

Méthodes d'études du rétablissement

►analyse de récit

Limites:

✓Méthode complexe, intégrant des pôles très subjectifs (empathie…)

✓encore peu d'études…

plan

1. La perspective du rétablissement: repères historiques
2. Définition du rétablissement
3. Méthodes d'études du rétablissement
   - Études longitudinales
   - Récits autobiographiques
   - Analyse de récit
4. **Quelques aspects impliqués dans le rétablissement**
   - Des logiques défavorables
   - Des logiques favorables
5. Applications thérapeutiques
   - Pour penser la philosophie du soin
   - Pour situer les outils de soin
6. Remédiation cognitive et rétablissement

Les travaux de Larry Davidson (Yale)

> 100 entretiens qualitatifs

Plus de 500h d'entretien

Double cotation

plan

1. La perspective du rétablissement: repères historiques
2. Définition du rétablissement
3. Méthodes d'études du rétablissement
   - Études longitudinales
   - Récits autobiographiques
   - Analyse de récit
4. **Quelques aspects impliqués dans le rétablissement**
   - Des logiques défavorables
   - Des logiques favorables
5. Applications thérapeutiques
   - Pour penser la philosophie du soin
   - Pour situer les outils de soin
6. Remédiation cognitive et rétablissement

Logiques contraires au rétablissement

- Avoir peur de parler de l'expérience psychotique
  - Non liée à manque d'insight.
    - Conscience ++ de leur manière d'être singulière auprès des autres

« Je ne suis pas régulièrement consciente de ce que je dis parfois. Du coup, comment vous pouvez soutenir une conversation avec une personnes que vous ne pouvez comprendre, vous voyez ? »

    - Conscience ++ des troubles cognitifs

« quand je suis devenu malade j'ai perdu ma mémoire. J'étais un étudiant brillant et tout s'est vidé…j'étais une personne très confuse à ce moment »

Logiques contraires au rétablissement

- Avoir peur de parler de l'expérience psychotique
  - Liée à peur de la stigmatisation

    « peur qu'on me prenne pour un fou »

    « j'avais à être soit un agent de la CIA soit un malade psychiatrique. Lequel choisiriez vous ? » (Kyle)

  - Liée à la difficulté de mettre des mots sur des expériences pré langagières

    « je comprends pas ce qu'il m'arrive »

Logiques contraires au rétablissement

- Avoir peur de parler de l'expérience psychotique
  - Conséquences
    - Retard à la prise en charge
    - Constructions délirantes (recherche de sens)

« chaque personne s'appuie sur ses propres croyances et sur les stratégies socialement et culturellement disponibles pour donner du sens » (Davidson)

« cela fait comme si j'étais en dehors de mon corps ou quelqu'un avait pris possession de mon corps. C'est la seule manière par laquelle je peux expliquer cela. »

(troubles de l'agentivité/self minimal)

Logiques contraires au rétablissement

- Avoir besoin de s'isoler et de se protéger
  - Non liés à manque d'insight ou de motivation
  - Expériences psychotiques: vulnérabilité ++
    - Vécu d'intrusion
    - Hypersensibilité aux stimulations externes
  - = Tentatives de disparaitre

« Les professionnels ont appelé cela apathie et manque de motivation. Ils en ont affecté la responsabilité à notre maladie. Mais ils ne comprennent pas qu'abandonner est un comportement très motivé et fortement dirigé vers un but. Pour nous abandonner était une façon de survivre. Abandonner, refuser d'espérer, ne pas essayer, ne pas prendre soin : tout cela était des manières d'essayer de protéger les dernières traces fragiles de notre esprit et notre soi d'un autre crash à subir.»(Deegan, 1994, p.19)

Logiques contraires au rétablissement

- Avoir besoin de s'isoler et de se protéger
  - Mauvaise interprétation (manque d'insight, manque de motivation) = étiquettes négatives
  - Complique le retour de la personne auprès des autres = sentiment de rejet

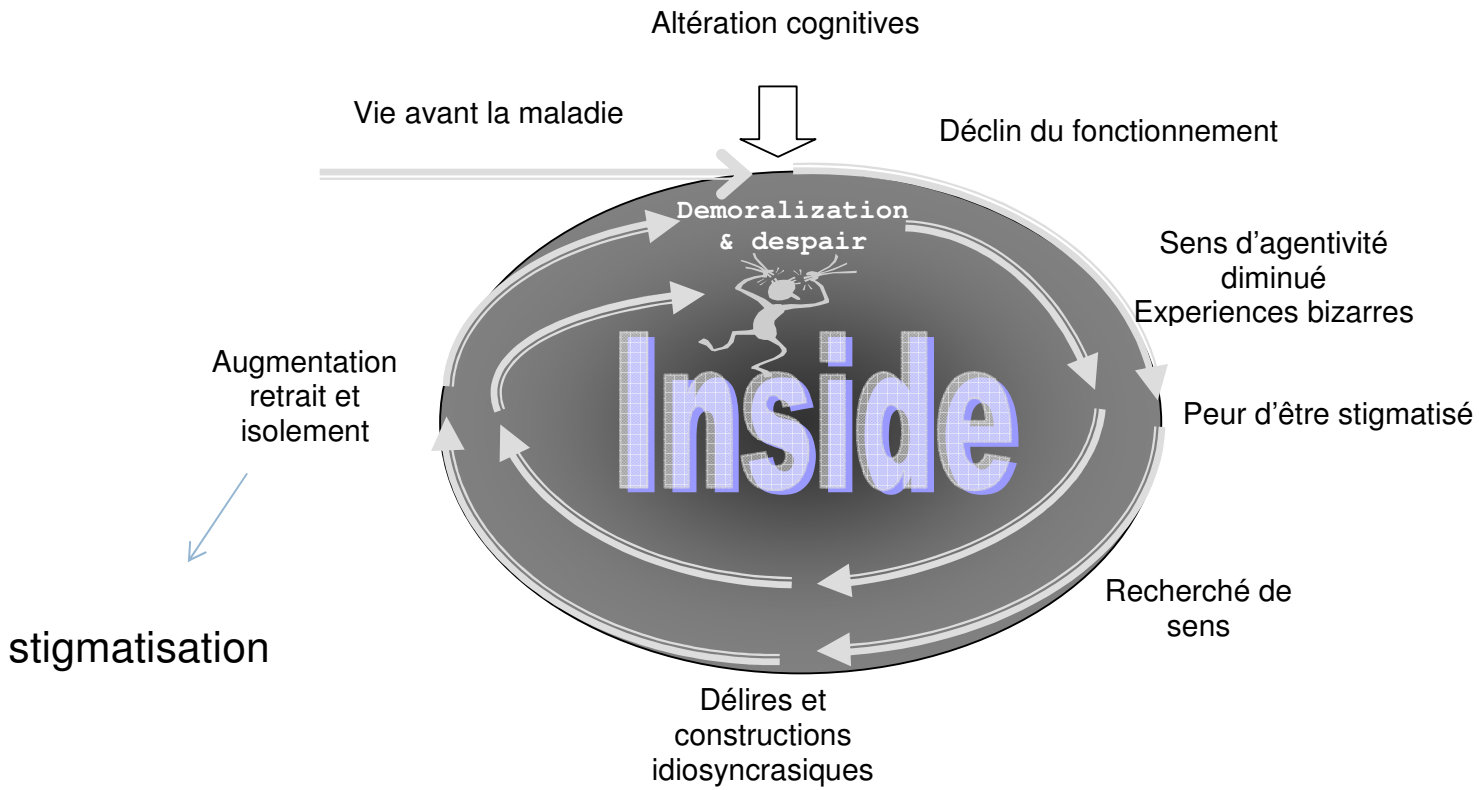
  « je ne fais plus partie de rien », « je ne suis plus humain », « comme si j'étais dans un pays étranger »
- Conséquence: seule identification possible: autres « malades psychiatriques » > identité de malade psychiatrique

« je n'avais rien en commun avec les autres patients à l'exception que j'étais un autre fêlé avec eux, vous voyez. »

Logiques contraires au rétablissement

« si vous ressentez que vous n'appartenez plus au monde parce que vous êtes « bipolaire », ou un « fêlé », et que les personnes vont vous fuir à cause de cela, alors c'est normal que vous en veniez à limiter vos interactions sociales uniquement à d'autres personnes qui partagent ce destin tragique » (homme côté par Davidson, 2003)

Logiques contraires au rétablissement



Inclusion sociale limitée au monde psychiatrique

plan

1. La perspective du rétablissement: repères historiques
2. Définition du rétablissement
3. Méthodes d'études du rétablissement
   - Études longitudinales
   - Récits autobiographiques
   - Analyse de récit
4. **Quelques aspects impliqués dans le rétablissement**
   - Des logiques défavorables
   - Des logiques favorables
5. Applications thérapeutiques
   - Pour penser la philosophie du soin
   - Pour situer les outils de soin
6. Remédiation cognitive et rétablissement

Logiques favorables au rétablissement

« elle croyait en moi quand moi-même je ne croyais plus en moi »

Relation où la personne perçoit et souligne les **ressources** de la personne touchée par une pathologie psychiatrique sévère

Logiques favorables au rétablissement

Je me sentais souvent en trop avec mon thérapeute jusqu'à ce que je puisse m'apercevoir qu'il était un véritable être humain, et qu'il me considérait, comme je le considérais , pas seulement comme un patient et un thérapeute, mais dans mon humanité-même. A ce moment j'ai commencé à me dire que j'étais moi aussi une personne humaine (Anonyme, 1986,p. 69-70)

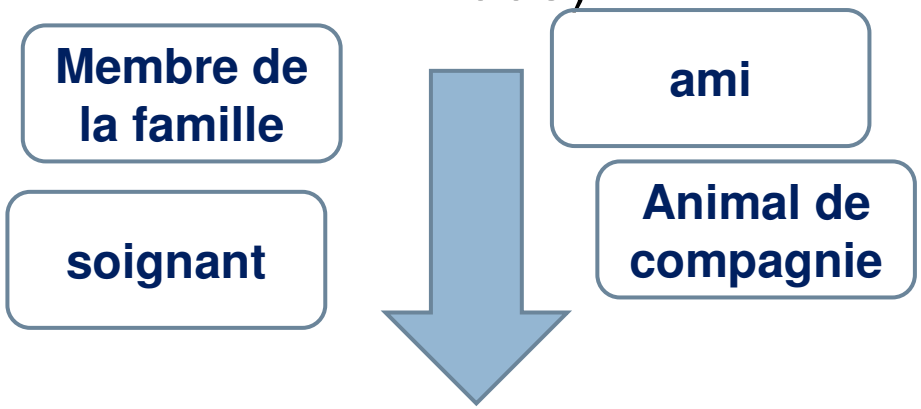
persistance d'une inclusion sociale **non liée à l'identité de malade psychiatrique**

Personne considérée comme […] un pair (Davidson, 2003)

Logiques favorables au rétablissement

persistance d'une inclusion sociale **non liée à l'identité de malade psychiatrique**

Personne considérée comme […] un pair (Davidson, 2003)



Récurrence dans les parcours de rétablissement

Logiques favorables au rétablissement

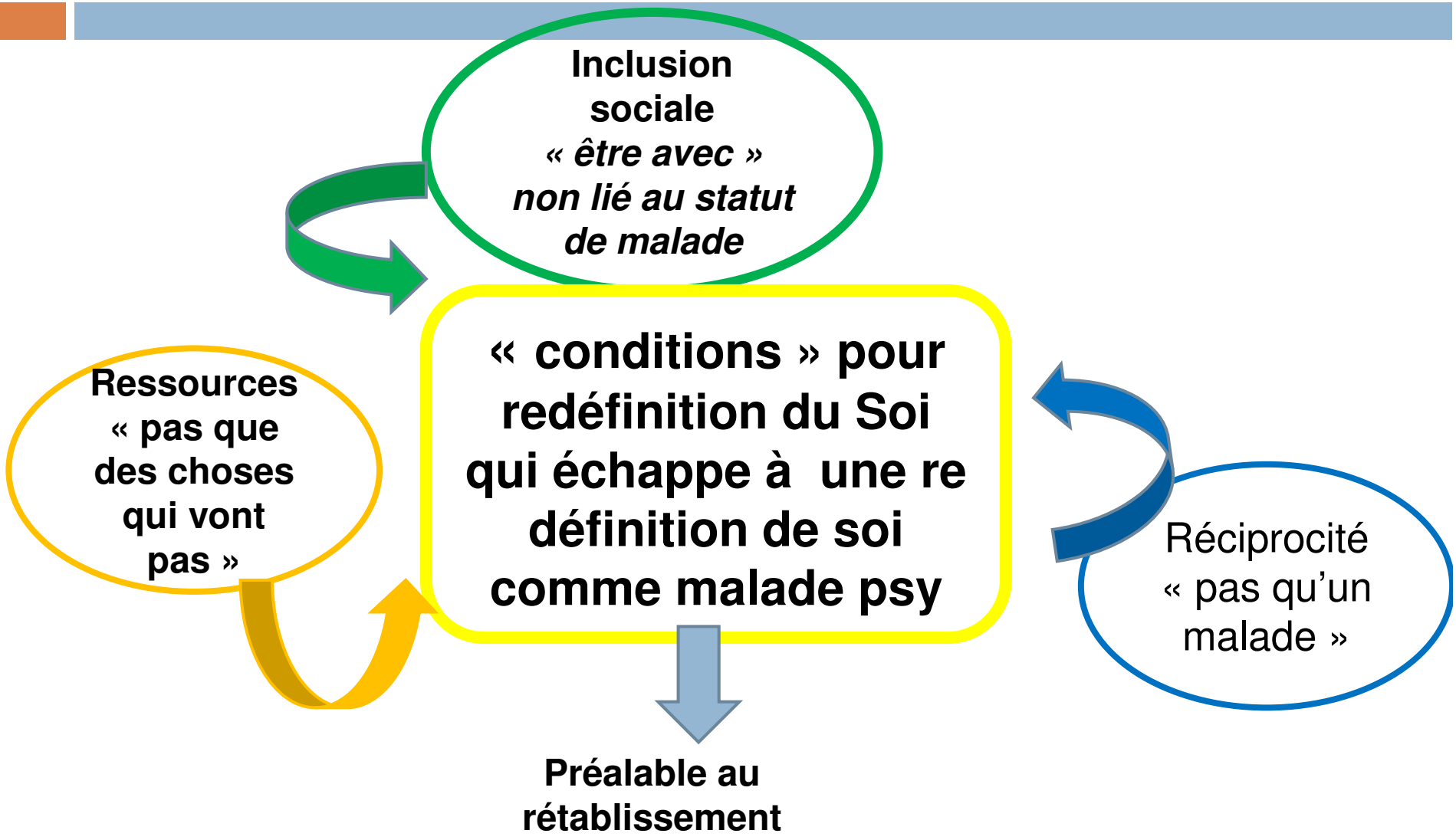
« La chose que j'ai le plus apprécié, a été de pouvoir aider quelqu'un d'extérieur »

Accès à une relation d'**aide** ou de **réciprocité**

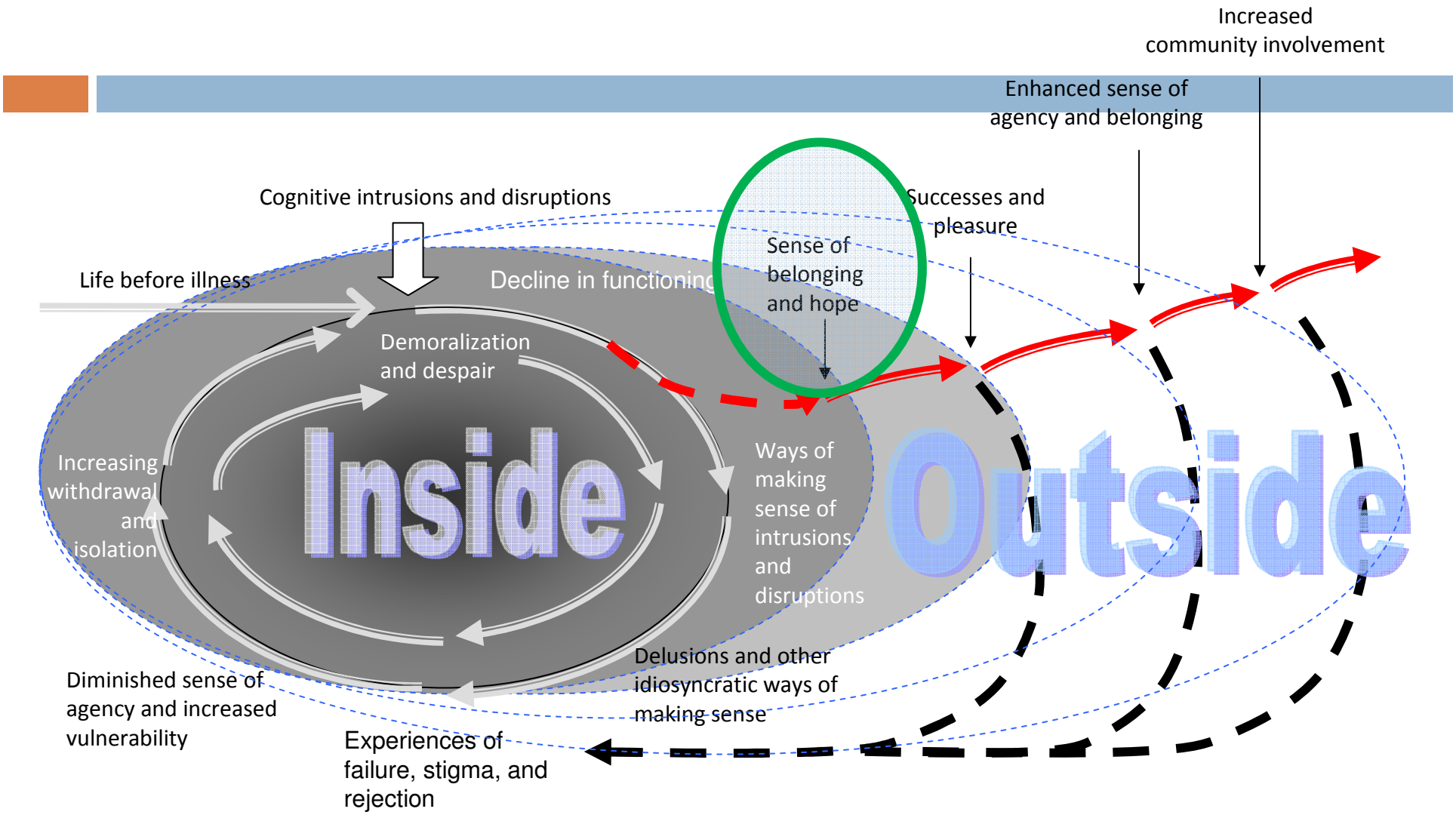
=

Récurrence dans parcours de rétablissement
(Davidson, 2003)

Logiques favorables au rétablissement

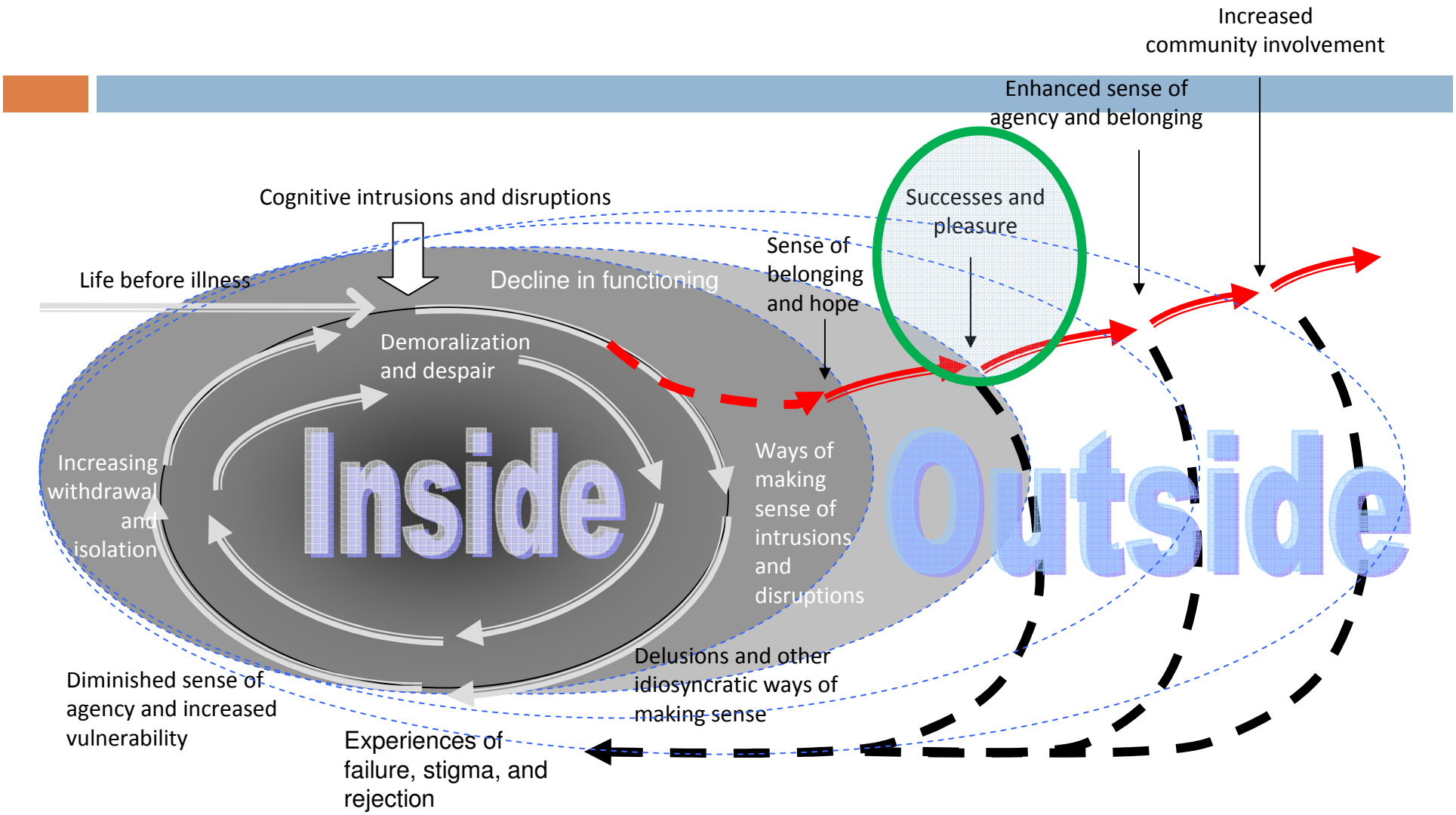


Logiques favorables au rétablissement



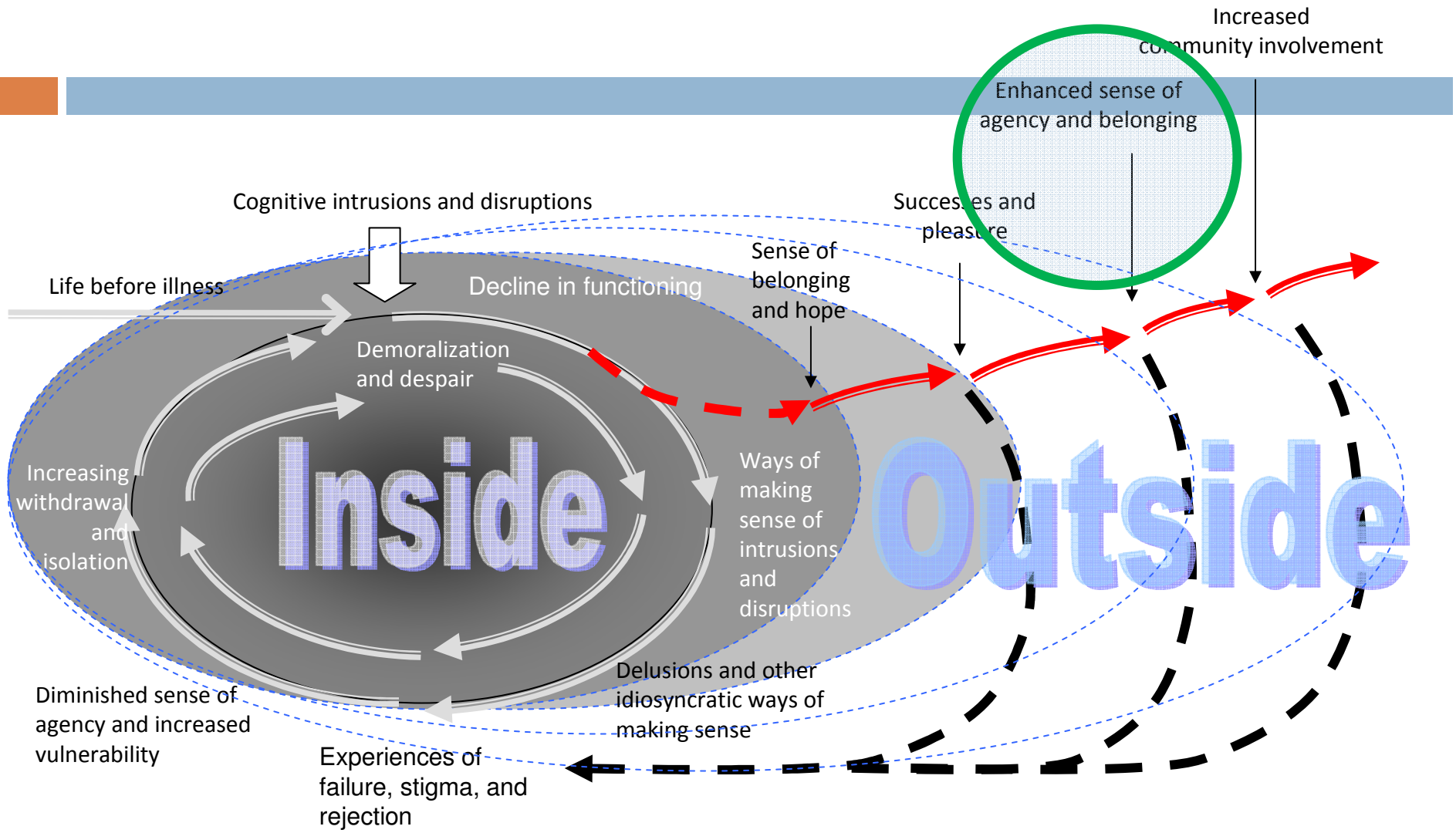
Tiré de Davidson (2003)

Logiques favorables au rétablissement



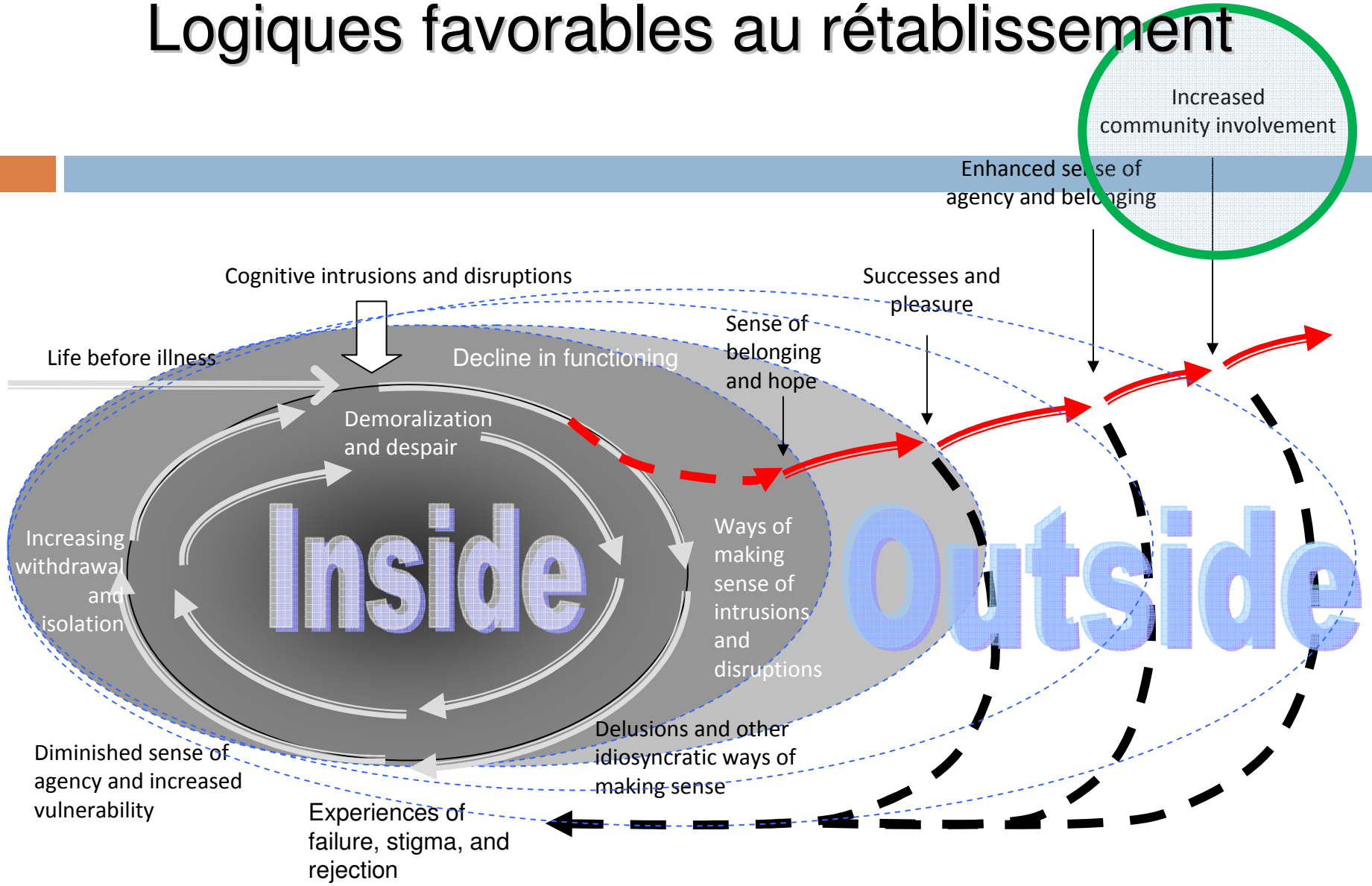
Tiré de Davidson (2003)

Logiques favorables au rétablissement



Tiré de Davidson (2003)

Logiques favorables au rétablissement



Tiré de Davidson (2003)

Logiques favorables au rétablissement

Stades	Caractéristiques
Moratoire	Faible confiance dans la possibilité d'un rétablissement
Conscience	Acceptation de la pathologie
Préparation	Émergence d'une croyance dans le rétablissement
Reconstruction	Recherches et mise en place d'actions pour favoriser le rétablissement Réussites progressives
croissance	Bien être associé à une redéfinition de soi

D'après Andresen, 2003

plan

1. La perspective du rétablissement: repères historiques
2. Définition du rétablissement
3. Méthodes d'études du rétablissement
   - Récits autobiographiques
   - Études longitudinales
   - Analyse de récit
4. Principaux aspects du rétablissement
   - Dimensions du rétablissement
   - Mécanismes du rétablissement
5. **Applications thérapeutiques**
   - Pour penser la philosophie du soin
   - Pour élaborer de nouveaux espaces de soin
   - Pour situer les outils de soin

6. Applications thérapeutiques
a. penser la philosophie du soin

- Patient en situation d'acteur

« priorisation de l'exigence éthique sur le savoir – l'exigence d'autodétermination en particulier » (Pachoud, 2012)

- Culture positive et optimiste du soin
- Privilégier une circulation du patient en dehors des institutions « psy »
- Place des valeurs de la personne

prioriser « à une médecine fondée sur des preuves, une médecine fondée sur les valeurs » (Pachoud, 2012)

plan

1. La perspective du rétablissement: repères historiques
2. Définition du rétablissement
3. Méthodes d'études du rétablissement
   - Récits autobiographiques
   - Études longitudinales
   - Analyse de récit
4. Principaux aspects du rétablissement
   - Dimensions du rétablissement
   - Mécanismes du rétablissement
5. **Applications thérapeutiques**
   - Pour penser la philosophie du soin
   - Pour construire des nouveaux espaces de soin
   - Pour situer les outils de soin
6. Remédiation cognitive et rétablissement

Pour construire de nouveaux espaces de soin…

- Pairs aidants…

plan

1. La perspective du rétablissement: repères historiques
2. Définition du rétablissement
3. Méthodes d'études du rétablissement
   - Récits autobiographiques
   - Études longitudinales
   - Analyse de récit
4. Principaux aspects du rétablissement
   - Dimensions du rétablissement
   - Mécanismes du rétablissement
5. **Applications thérapeutiques**
   - Pour penser la philosophie du soin
   - Pour construire de nouveaux espaces de soins
   - Pour situer les outils de soin

6. Applications thérapeutiques

Situer les outils de soins

Quels liens entre les différentes techniques de soins utilisée (++ réhabilitation) et les différentes étapes du rétablissement?

Favoriser le rétablissement?

6. Applications thérapeutiques
b. Situer les outils de soins

- Invite le sujet à apporter ses questionnement sur sa pathologie, les traitements etc…
- Espaces de soin collaboratifs et peu paternalistes

psychoéducation

rétablissement

- Empowerment?
- Acceptation de la maladie?
- Limitation de l'englument dans l'identité de malade?

6. Applications thérapeutiques
b. Situer les outils de soins

- Découverte de stratégies propres pour compenser déficits cognitifs
- Repose sur le postulat de ressources et compétences préservées
- Transfert à la vie quotidienne en lien avec les projets de la personne

Remédiation cognitive

rétablissement

- Empowerment?
- Espoir? Réussites?
- Proche des valeurs de la personne?

6. Applications thérapeutiques
b. Situer les outils de soins

- Séquences de soins limitées dans le temps avec objectifs précis
Délimitation dans le temps du processus de changement (Watzalvick, 1981)

Remédiation cognitive, éducation thérapeutique etc…

rétablissement

- Limite l'engluement des personnes dans les dispositifs de soins psy (et par conséquence dans l'identité de malade mental)?

6. Applications thérapeutiques
b. Situer les outils de soins

- Stades du retablissement d'Andresen et interventions thérapeutique

Stade (Andresen)	Interventions
moratoire	Engagement dans le soin Normalisation des symptômes Suivi intensif dans le milieu
conscience	Psychoéducation TCC des S. psychotiques
préparation	TCC S. psychotiques Remédiation cognitive ECS
reconstruction	Soutien emploi ou formation Engagement dans de nvelles A.
croissance	x

D'après Favrod, 2012

conclusion

conclusion

- Processus de rétablissement
  - Derrière chaque pathologie se trouve une personne
  - Travailler avec des logiques non liée à l'évolution de la maladie pour son propre compte mais liées à l'évolution d'une personne touchée par une pathologie psychiatrique = perspective du rétablissement
    - Disjonction entre devenir de la maladie et devenir de la personne (Pachoud, 2012)
  - Potentiellement accompagné par les techniques de réhabilitation, comme la remédiation cognitive qui invite le patient à:
    - Se positionner comme acteur (empowerment)
    - S'appuyer sur ses ressources
    - Repossibiliser son existence en visant la réalisation des projets de la personne
  - Nombreux travaux à poursuivre, notamment sur l'impact des techniques de réhabilitation sur le processus de rétablissement
    - analyse qualitative (analyse de récit)
    - Approches quantitative (dimension opérationnalisée du rétablissement via échelles psychométriques)
    - Quelques travaux encourageants.

Conclusion

Eugène Minkwoski

Merci