

Rétablissement & Réhabilitation Psychosociale

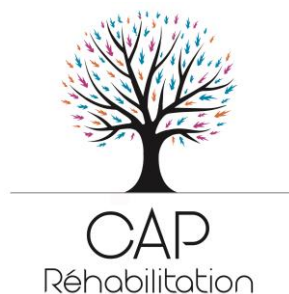
Equipe MADJA

HUGUES MONJARET

IPA PSYCHIATRIE & SANTÉ MENTALE

CAP RÉHABILITATION/ELIPSE

DÉCEMBRE 2022



Objectifs

- ❖ Cerner les concepts du rétablissement et de la réhabilitation psychosociale
- ❖ Définir les orientations de la réhabilitation psychosociale dans le contexte national, régional et local
- ❖ Identifier les outils d'évaluation et thérapeutique de la réhabilitation psychosociale
- ❖ Illustrer parcours en réhabilitation psychosociale par une vignette clinique
- ❖ Clarifier l'intérêt de ces approches axées rétablissement auprès de personnes souffrants de troubles psychiques.

A light beige brushstroke background, resembling a paintbrush stroke, with a soft, textured appearance. It is centered on a white background.

Le rétablissement

Le rétablissement en psychiatrie

Le rétablissement est une attitude, une manière de prendre conscience au fil de la journée et d'affronter les défis qui se présentent à moi. [...] Savoir ce que je ne peux pas faire, me permet de mieux voir les nombreuses possibilités qui s'offrent encore à moi.



Patricia DEEGAN, 1996

Rétablissement en psychiatrie

= Objectif de la réhabilitation

- S'appuie sur :
 - Objectifs de la personne : **autodetermination**
 - Ressources propres de la personne
- Réappropriation de sa vie
- Définition de nouveaux objectifs : **prise en compte du handicap**

Pachoud B, Information Psychiatrique, 2012

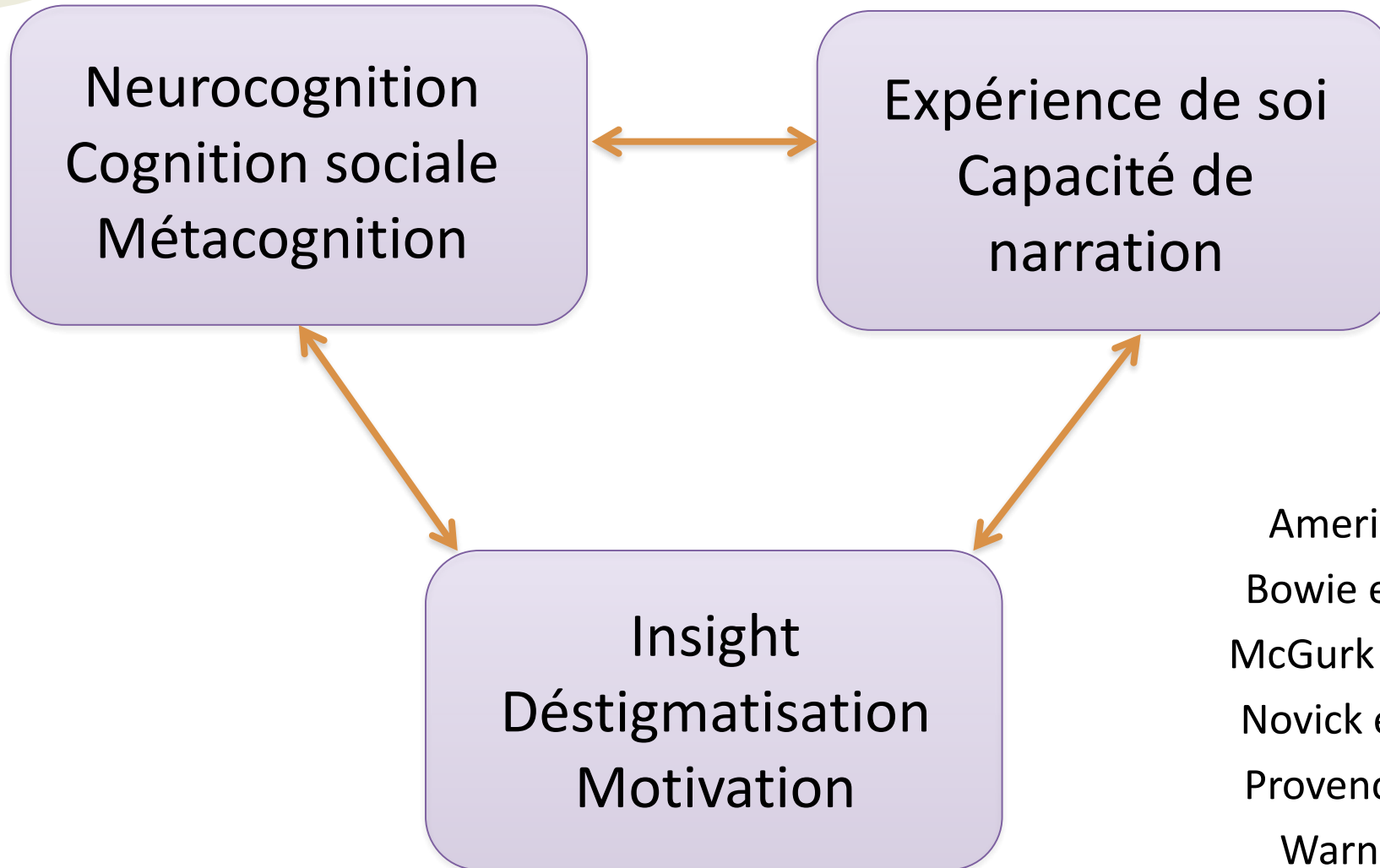
Rétablissement en psychiatrie

Déterminants généraux du rétablissement :

- Restauration de l'espoir
- Prise de responsabilité (dont la gestion de sa maladie)
- Reprise d'une vie normale (établir des relations sociales, prendre un travail...)
- Développement des ressources personnelles

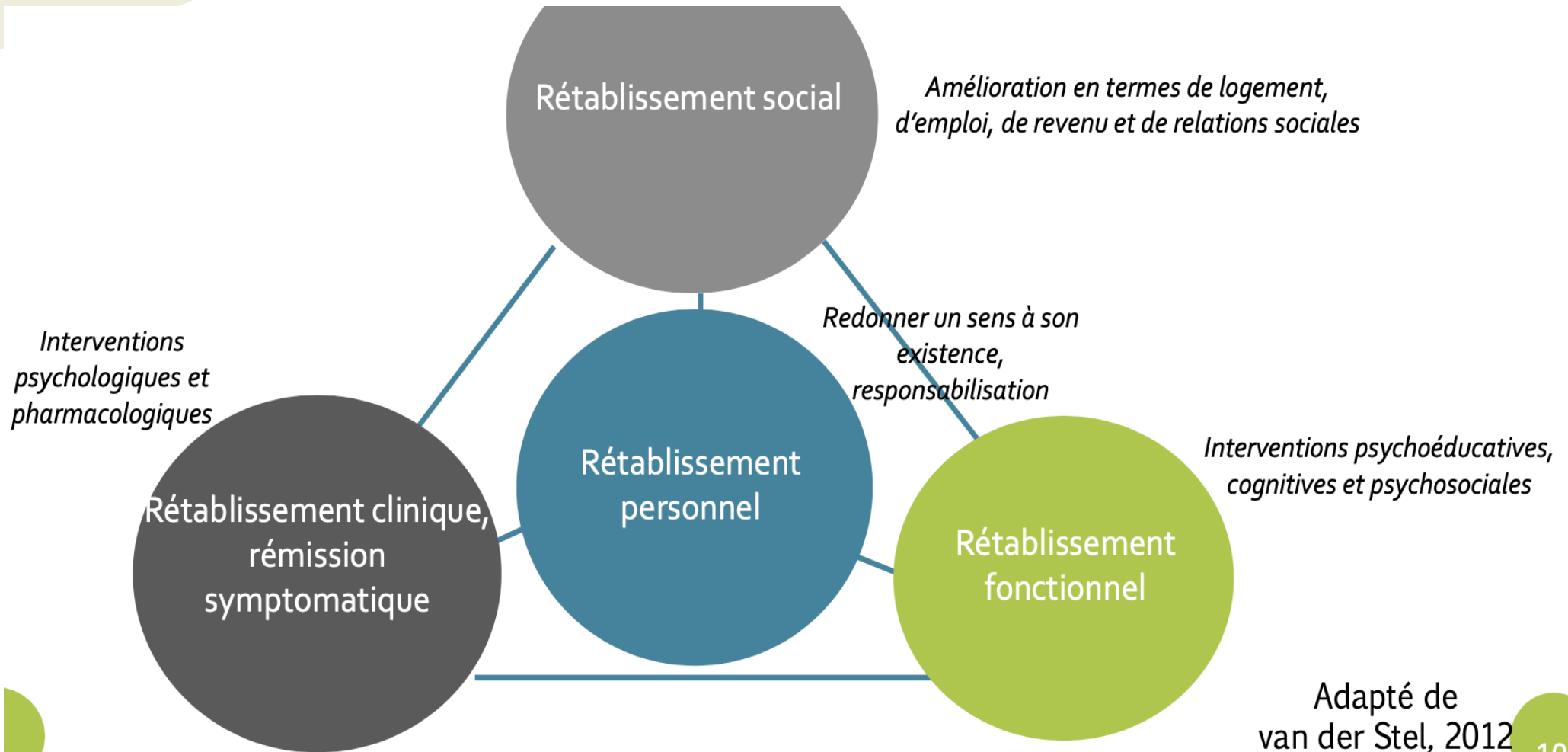


Déterminants du rétablissement



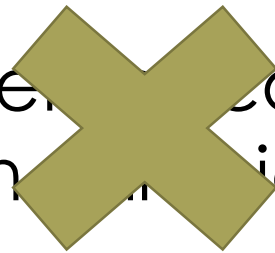
Amering, 2009
Bowie et al, 2010
McGurk et al, 2009
Novick et al, 2009
Provencher, 2002
Warner, 2009

Dimension du rétablissement



La perspective du rétablissement : repères historiques

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



Existence d'un grand nombre d'évolutions
favorables (30 à 50 %)

RETABLISSEMENT

Récits
Autobiographiques

Etudes
longitudinales

La perspective du rétablissement : repères historiques

Kraepelin
Evolution démentielle

Illusion de Cohen

Effets secondaires
neuroleptiques

Effets
Hospitalisations
prolongées

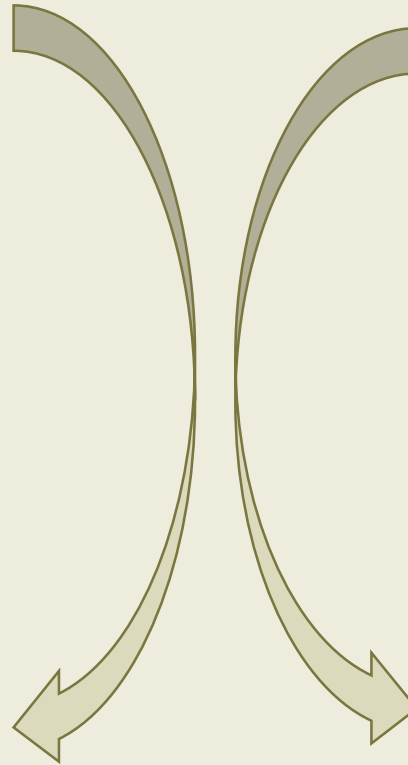
Vision defectologique
de la schizophrénie

Bleuler
Evolution plus ouverte

Etudes sur le devenir
des personnes atteintes
de schizophrénie

Récits de patients
qui s'en sont sortis

Possibilité de rétablissement
Préservation possible d'un grand nombre
de « fonctions »





La Réhabilitation psychosociale

Développement de la réhabilitation psychosociale

Années 1960 : progrès de la thérapeutique →
désinstitutionalisation

Années 1970 : nécessité de développer des ressources
communautaires → développement de la réhabilitation
psychosociale

Années 2000 : sciences cognitives → meilleure connaissance
des troubles → ↑ technicité du soin

DEFINITION
LA RÉHABILITATION

S'assurer que la personne avec un **trouble psychiatrique** puisse avoir les **habiletés** physiques, émotionnelles, sociales et intellectuelles nécessaires afin de vivre, apprendre et travailler dans la **communauté** tout en requérant le **moins de soutien possible** des intervenants en santé mentale

(Antony/Liberman, 1986)

la réhabilitation psychosociale

- **Définition**

- Ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est à dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant **par rapport à leurs attentes**.
- La réhabilitation psychosociale repose sur l'idée que toute personne est capable d'évoluer vers un **projet de vie choisi**.

- **Objectif**

- Favoriser le **rétablissement** des personnes atteintes de troubles psychiques dont les rapports aux autres et dont l'autonomie sociale sont mis à mal à cause de ces troubles, de leurs séquelles et de leur stigmatisation.

Pourquoi faire de la réhabilitation ?

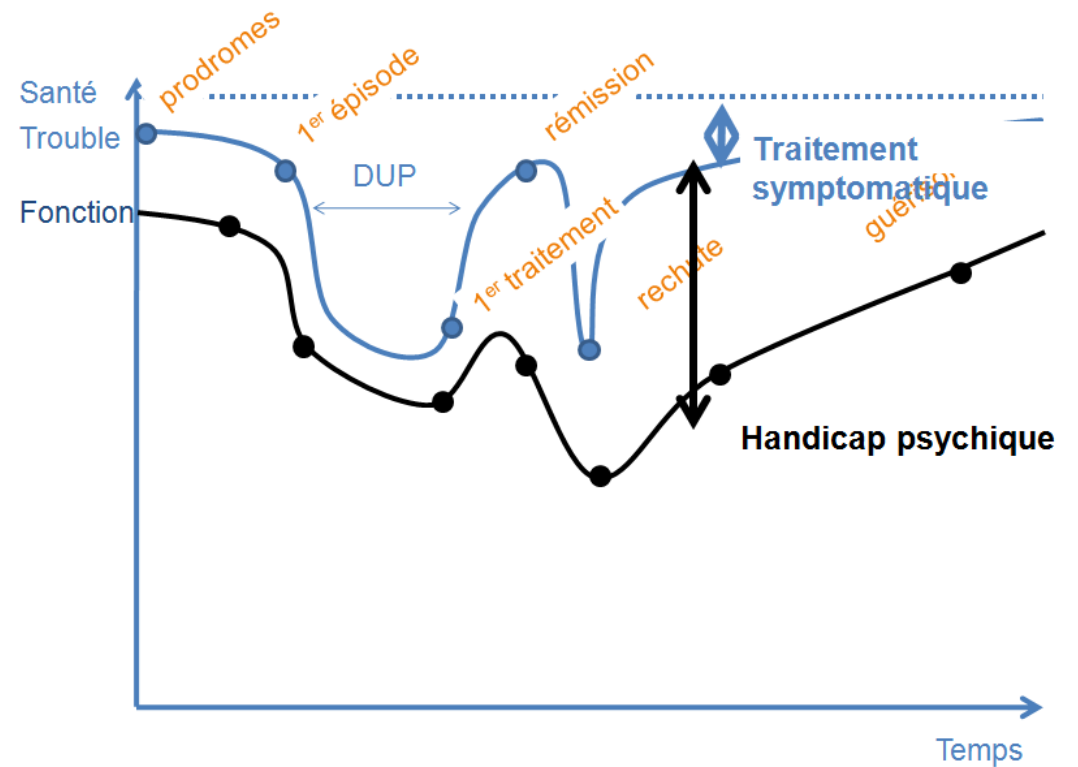
- La plupart des symptômes induits par les troubles psychiques peuvent être stabilisés avec des traitements médicamenteux et les suivis psychiatriques intra et extrahospitalier.
- Cependant, certaines difficultés persistent souvent :
 - **Cognitives** : mémoire, attention, fonctions exécutives, lenteur de traitement, ...
 - **Relationnelles** : décoder, comprendre, interpréter les comportements des autres, leurs émotions, s'affirmer dans différentes situations, ...
 - **Fonctionnement adaptatif** : autonomie dans un logement, au sein de la société, dans l'emploi...
 - **Gestion de la maladie** : difficultés à comprendre sa maladie, reconnaître les symptômes et les effets du traitement (trouble de l'insight).
- Tous ces troubles peuvent générer un handicap et entraver le processus de rétablissement
 - *Ex : des troubles cognitifs peuvent gêner la reprise d'une activité professionnelle car il est difficile de travailler si l'on n'arrive pas à retenir les consignes ou si on n'arrive pas à arriver à l'heure*
- Le but de la réhabilitation est de **réduire l'impact du handicap psychique pour favoriser le rétablissement.**

Handicap psychique

- Définition :

loi du 11 février 2005

Art. 2. – «Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »



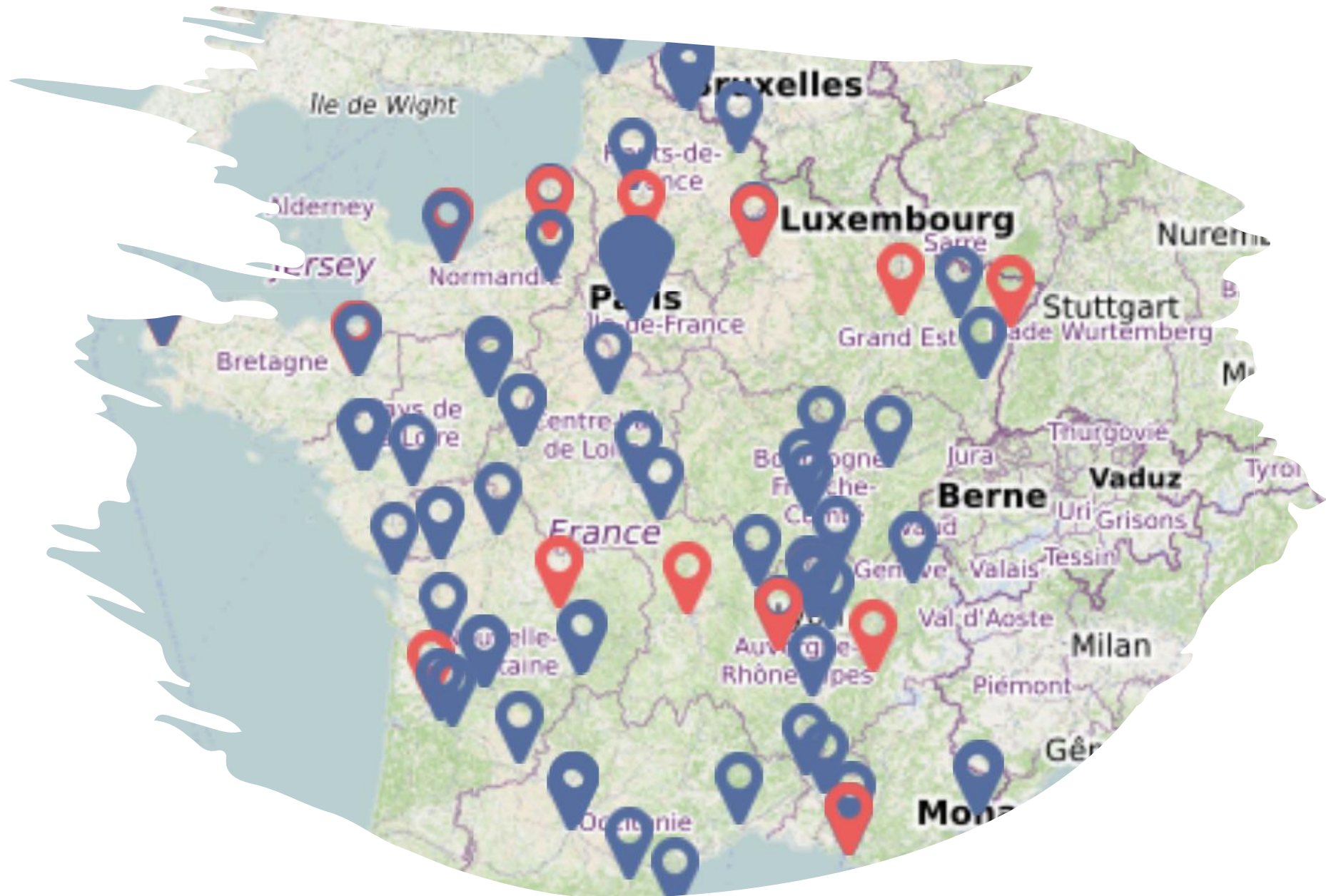
Les déterminants du handicap psychique

- ❖ Les troubles cognitifs (neurocognition, cognition sociale, métacognition)
- ❖ Les symptômes négatifs
- ❖ La motivation
- ❖ L'insight
- ❖ L'estime de soi
- ❖ L'internalisation de la stigmatisation
- ❖ Le niveau de formation antérieure

Contexte national

- ❖ Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en particulier son article 69
- ❖ Décret CE n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale « Ma Santé 2022 »
- ❖ Feuille de route santé mentale et psychiatrie présentée au Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie du 28 juin 2018
- ❖ Recommandations DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires

→ Volonté nationale d'organiser et de structurer le développement des soins de réhabilitation psychosociale dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale.



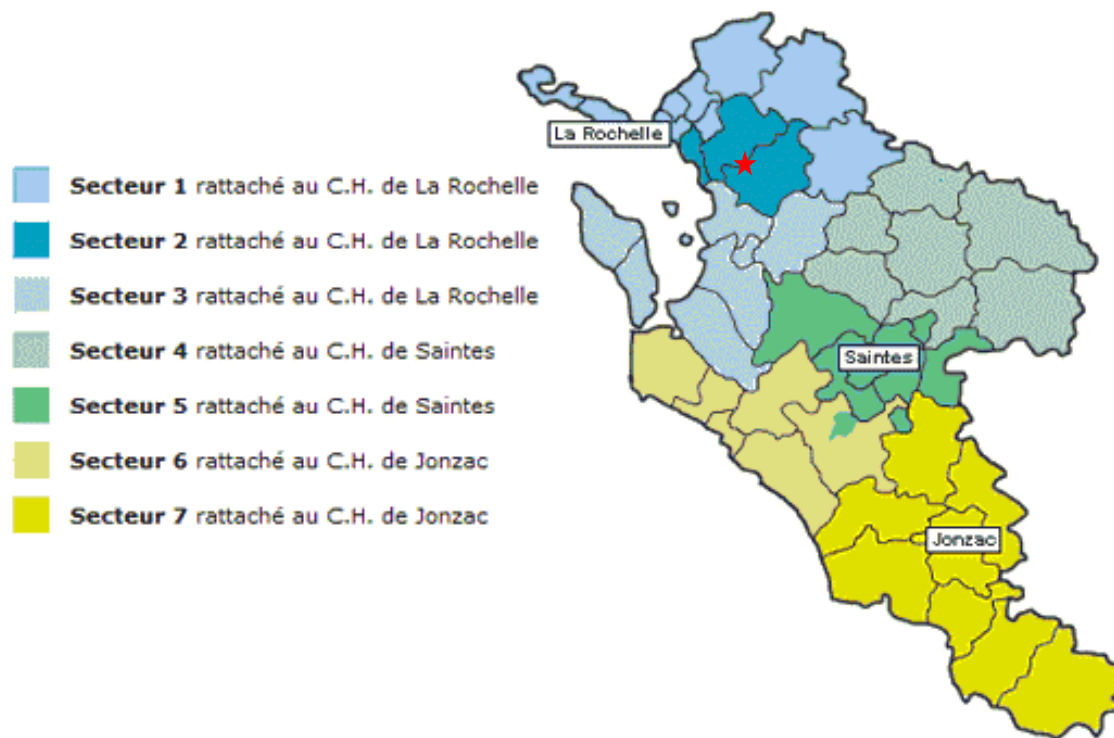
Contexte régional

- **Centre de niveau 3** : Lyon, Paris
 - Centres Universitaires , recherche, formations DU
- **Centre de niveau 2** : Bordeaux (C2RP / Tour de Gassies)
 - Niveau régional, formations non universitaires
 - Centre d'organisation ressource, réseau
 - Expertise pour les cas complexes
- **Centre de niveau 1** : La Rochelle et Jonzac
 - Niveau local
 - Soins et services de proximité
 - Évaluations, soins et accompagnement

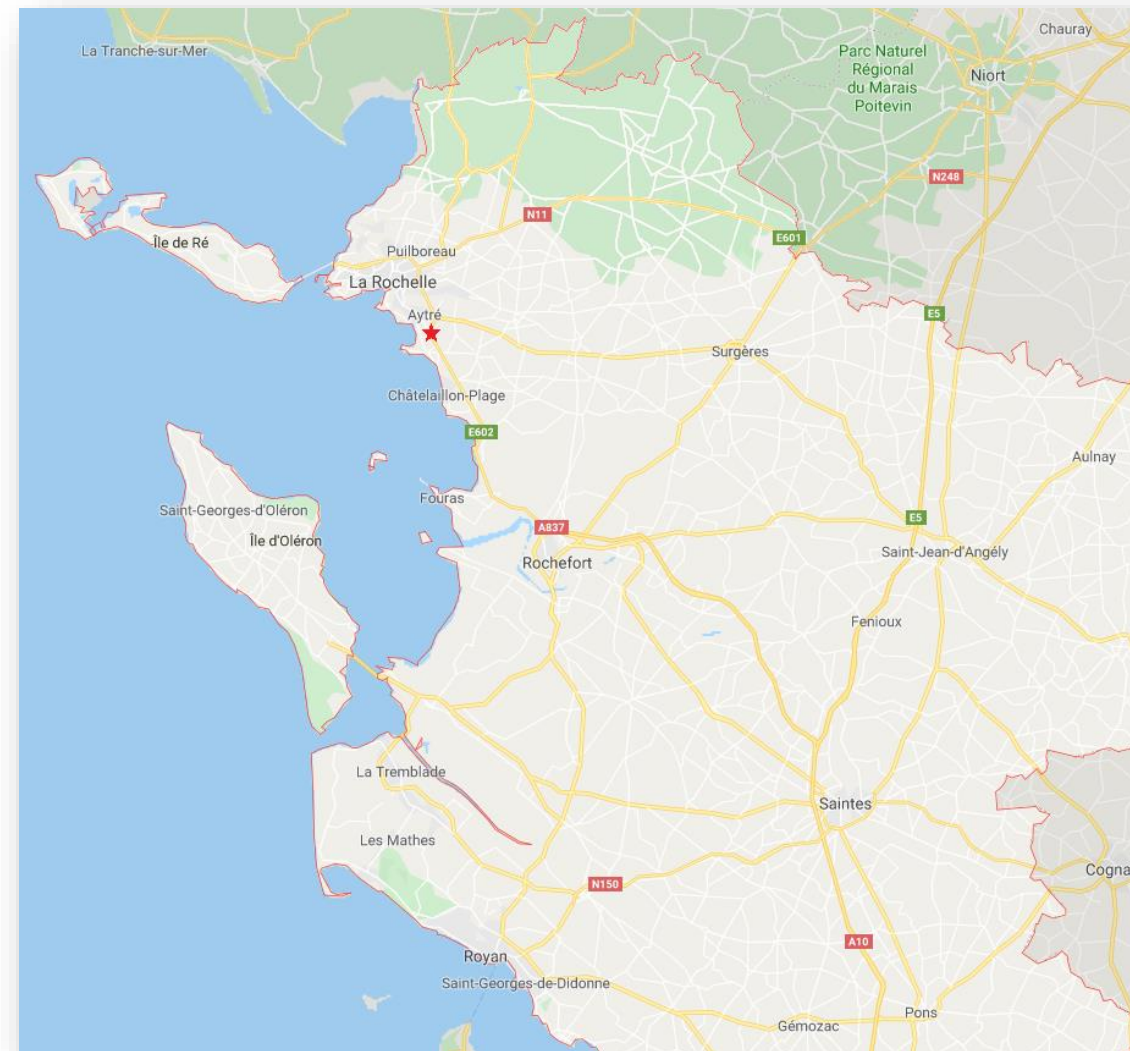


Contexte Départemental

Situation géographique



★ CAP Réhabilitation



CAHIER DES CHARGES ARS – Centre de réhabilitation psychosociale de proximité Niveau I

- Unité ambulatoire, CATTP ou HDJ
- Complémentaire du soin
- Pour des personnes présentant des troubles psychiques
- Aide à la réintégration dans la société en favorisant l'acquisition de compétences psychosociales utiles à leur maintien au domicile, d'envisager un travail et de conserver des relations sociales
- Missions socles :
 - Évaluation fonctionnelle intégrative (fonctions cognitives, capacités préservées, facteurs personnels et environnementaux / handicap)
 - Mise en œuvre d'outils visant à préserver et développer les habiletés sociales et fonctionnelles de la personne dans le but de favoriser et maintenir son autonomie
 - Des actions de soutien aux aidants
 - Des actions visant à permettre l'inclusion sociale, scolaire et/ou professionnelle
 - Des actions visant à développer un maillage partenarial dans une logique de décroisement des secteurs et de sécurisation des parcours de soins et de vie des personnes



Vignette clinique

Identité	
Nom de jeune fille :	Nom d'usage :
Réfèrent de la mise en œuvre : Profession / Structure : CMP Si médical : Dr. X n° RPPS, ou à défaut n°ADELI Nom : Prénom : Tél / E-mail :	
Nom marital : M. C	Numéro du PPCS :
Prénom : Antoine	Date de naissance : né en 1997
	Âge : 25 ans
	Sexe : X M ☐ F
	Contexte de la démarche PPCS : Suivi par psy de secteur
Lieu de naissance : Rochefort	
Informations sur la personne (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)	
Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations X Oui ☐ Non Orale ☐ Écrite ☐ Si non, raison de l'opposition à l'échange :.....	
Date :..... Non-opposition de la personne X ou de son entourage X Personne à l'origine du recueil :	
Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel : ☐ Oui ☐ Non	
Adresse de la personne (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.) Rochefort	
Téléphone	Adresse de messagerie
Situation de la personne (célibataire/marié(e)/pacsé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)-mineur/mineur placé/mineur étranger non accompagné/jeune majeur/mineur émancipé) Célibataire	
Nombre d'enfants : 0	Coordonnées des enfants si besoin :
☐ À proximité ☐ À distance	
Si personne mineure	Résidence alternée : ☐ Non ☐ Oui
Parents divorcés : X Non ☐ Oui	2° adresse :
Autorité parentale :	
Aidant principal (identité et coordonnées) Mme C	Nature du lien avec l'aidant : Mère

Référénts familiaux/amicaux (identité(s) et coordonnées) Nature du lien avec le référent familial/amical :		Personne de confiance : X Oui ☐ Non Date de réception de l'information 07/05/2019	
Recherche d'hébergement en cours ☐ Oui X Non			
Hébergement actuel : Propriétaire ☐ Locataire ☐ Hébergé X			
Accessibilité à l'hébergement : étage – ascenseur – autre renseignement			
Existence d'une problématique avec le logement : Accessibilité :		Caractère adapté :	
Aménagement (WC, salle de bains, autre) :		Matériel en place : (lit médicalisé, fauteuil roulant, oxygène,...)	
Statut professionnel ☐ Salarié X Sans emploi ☐ Étudiant ☐ Retraité ☐ Autre			
Si mineur : scolarité			
Filière..... : ☐ classe ordinaire/ ☐ aménagée/ ☐ spécialisée)			
Type d'établissement ☐ public / privé			
Année scolaire : Niveau scolaire (de la petite section à la terminale))			
Redoublement ☐ oui ☐ non PPRE ☐ Oui ☐ Non PAP/PAI validé par le Médecin Scolaire : ☐ Oui ☐ Non			
Droits ouverts			
N° de sécurité sociale (de rattachement si mineur):		Caisse :	Régime/Caisse d'affiliation :
Mutuelle/CMUC/AME :			
Caisse d'allocations familiales :.....		Caisse de retraite principale :.....	Caisse de retraite complémentaire :.....
ALD X Oui ☐ Non ☐ En cours Si oui nombre ALD			
APA ☐ Oui ☐ Non Classe GIR (1 à 6) Date de l'évaluation			
Si oui plan d'aide en place (nombre d'heures) Mode mandataire ☐ prestataire ☐			
APL ☐ Oui X Non RSA ☐ Oui ☐ Non Aide sociale ☐ Oui X Non Autre aide et/ou autres ressources :			
☐ Pension ☐ Pension de réversion ☐ ASPA			
Droits à compensation MDA/MDPH : Période d'attribution : du au			
AAH : X Oui ☐ Non RQTH : X Oui ☐ Non Taux incapacité (< 50 % ☐ 50-79 % ☐ ≥ 80 % ☐)			
Carte mobilité pour l'invalidité : ☐ Oui X Non Carte mobilité pour le stationnement : ☐ Oui ☐ Non ACTP : ☐ Oui ☐ Non ACFP : ☐ Oui ☐ Non			
PCH (date d'ouverture des droits :) : ☐ Oui ☐ Non AEEH : ☐ Oui ☐ Non			
PPS ☐ Oui ☐ Non AVS/AESH : ☐ Individuelle ☐ Mutualisée ☐ Refusée ☐ Non Matériel Pédagogique Adapté : ☐ Attribué ☐ Notifié ☐ Refusé ☐ Non			
SESSAD/SEFFS ☐ En place ☐ Notifié (date :) ☐ Refusé ☐ Non Orientation (ULIS, SEGPA) : ☐ En cours ☐ Notifiée (date :) ☐ Refusée ☐ Non			
Autres droits MDPH/MDA :			
Protection juridique: ☐ Oui X Non Dossier en cours d'instruction ☐			
Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, habilitation familiale, habilitation judiciaire pour représentation du conjoint ?			
Autre mesure (MAJ, MASP) :			
Nom et coordonnées du mandataire, professionnel ou familial :			
Si mineur : mesure de protection de l'enfance (AED/AEMO/Placement.....)			
Directives anticipées		☐ Non ☐ Oui	Date de signature : Lieu de conservation des directives anticipées :

En complément

- ❖ Niveau licence
- ❖ Un frère jumeau et une sœur cadette
- ❖ Expériences professionnelles multiples (intérim...)
- ❖ Suivi au CMP
- ❖ 1 hospitalisation à M.L en 2018 suite à un PEP dans un contexte de consommation de toxique (alcool et cannabis) durant ses études à Rennes
- ❖ 1 passage aux urgences sans hospitalisation entre le bilan fonctionnel et le bilan neuropsychologique en 2019 pour recrudescence de troubles psychotiques dans un contexte de nouvelle consommation de toxique.

Bilan clinique

Histoire de la maladie :
10e Bouffée délirante fin 2018, mettant fin à ses études
(Licence 3 AES aux Reims) et retour au domicile parental au Rochefort.
Difficulté à se remobiliser

Demande de la personne : "Retrouver une vie sociale" Reprendre le sport
Reprendre confiance en soi.

Difficultés :
Persistance d'interprétations délirantes

Autres informations :
Issu d'une grossesse gémellaire

PANSS : 83 (Echelle positive 15, Echelle négative 31, Echelle Psychopathologique 37)

Echelle d'évaluation globale du fonctionnement : 55

Score EPICES : 62, 13

Code CIM 10 : F23.1

- F23.1 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques
- Echelle PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale)
- 83/210 = « modérément malade »
- Echelle positive 15/49
- Echelle négative 31/49
- Echelle Psychopathologique 37/112

Bilan fonctionnel

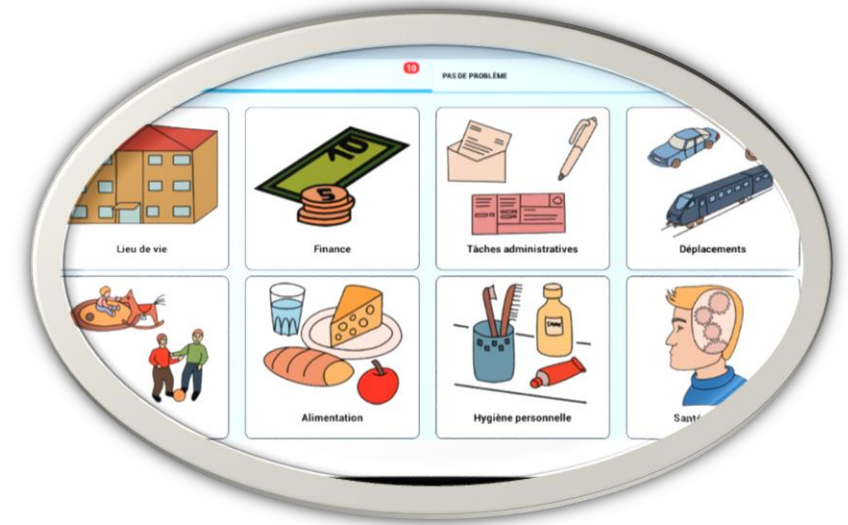
- Plusieurs supports possibles (ELADEB, AERES, BVQ, PSI)

Objectifs

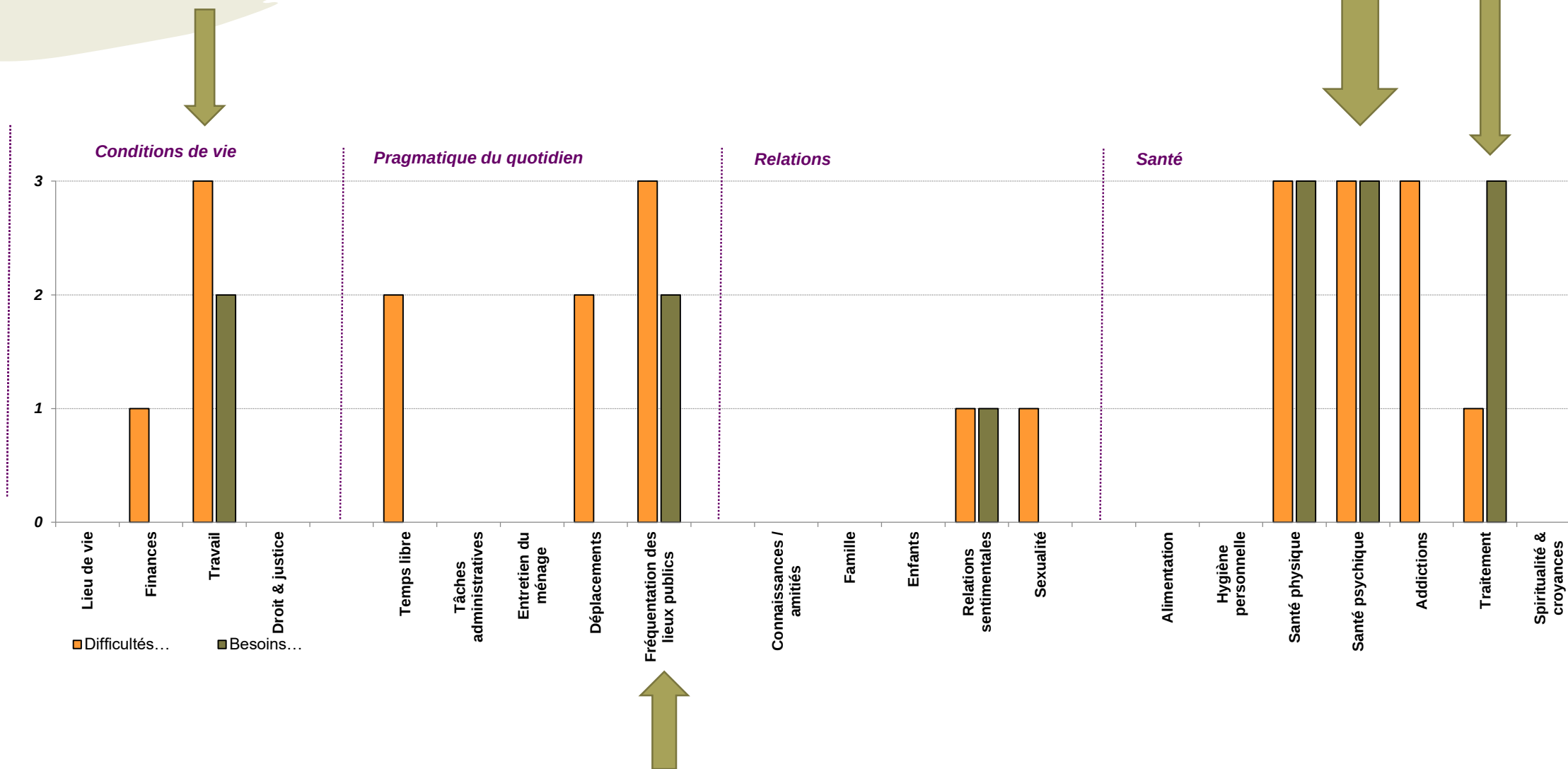
- Donner la parole à la personne et le mettre au centre de l'intervention.
- Outil clinique permettant à la personne d'exprimer son point de vue.
- Aide les soignants à se décentrer de leurs préoccupations pour considérer les besoins importants et immédiats tels qu'ils sont considérés par le patient lui-même.
- Mettre en évidence le fonctionnement de la personne, ses ressources, ses difficultés/freins, satisfactions/insatisfactions

Explore

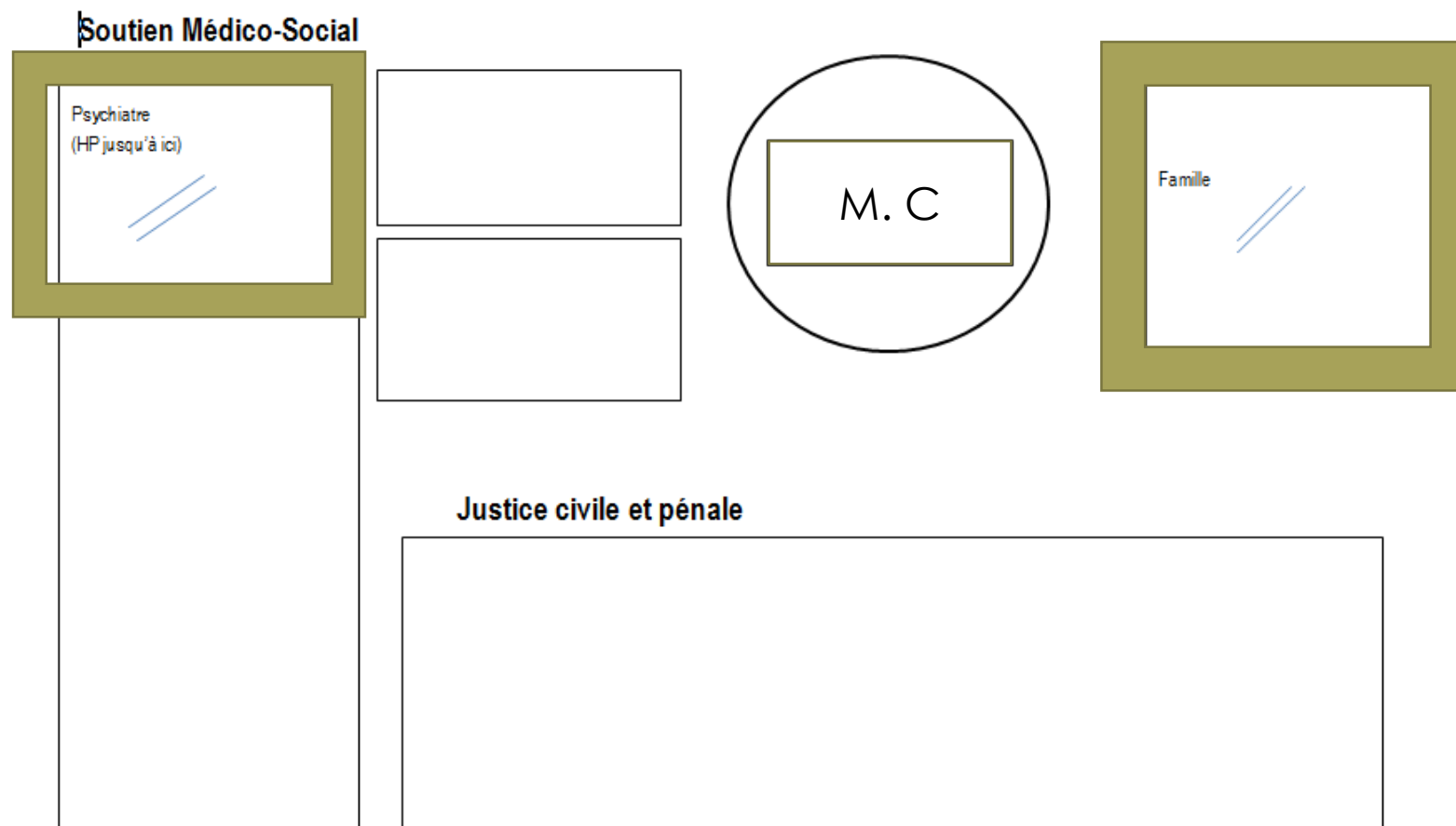
domaines de la vie quotidienne : condition de vie, pragmatique du quotidien, relations, santé.



Bilan Fonctionnel (ELADEB) M. C



Bilan fonctionnel (Carte réseau)



Bilan fonctionnel (Plan de crise conjoint)

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

C'est arrivé en 2018. Conviction d'avoir été humilié par des amis, dans entourage à Rennes. Ils diffusaient des vidéos et des photos sur snapchat de moi buvant de l'urine. J'étais parano.

Phobies // aux téléphone, toujours l'impression d'avoir été snapchaté. J'ai honte de ça.

Cela a été le point de départ

J'ai creusé mon trou avec la drogue et l'alcool durant mes études à Rennes, mal être // problèmes avec ma famille.

Mes parents portent beaucoup d'espoir en ma sœur, c'est leur centre d'attention. J'ai eu un conflit avec mon beau-frère et sa famille, c'est des gens du FN, ils sont racistes ce n'est pas notre culture familiale, on est d'origine espagnole. Beaucoup de conflits avec eux, on subissait de la provocation.

J'étais parti seul en Espagne en vacances et mes parents et beaux parents sont arrivés, j'ai pété les plombs. J'ai eu le sentiment d'être en manque d'affection, je me suis senti abandonné par ma famille.

Je suis hyper méfiant sauf avec ma famille.

Bilan fonctionnel (Plan de crise conjoint)

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

Le monde, par exemple une table de jeunes attablés avec des portables à la main. Paranoïa aggravé par les magouilles de mon frère jumeau.

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

Des pensées négatives

2 phases de peur :

- 1/ Repli exemple dans la voiture (reste à l'intérieur et tourne en ville).

- 2/ Violence qui monte en moi

diminuer le stress) ?

Ma mère est là pour me calmer à 60 %. Je dois montrer que je suis plus fort, je prône la violence.

Je compte sur moi-même pour me poser, musiques positives, et j'attends ou je trace ma route.

« Tendance à être hyper vigilant ». Ça peut durer 3 à 4 jours.

apparaissent (moyens de

Bilan fonctionnel (Plan de crise conjoint)

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

Mère

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

De l'écoute, de l'échange.

- **En situation de crise, quels soins ou traitements souhaiteriez-vous éviter ?**

Raisons ? Quelles sont les alternatives ?

Retour à l'HP, je ne veux plus être enfermé.

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

NSP

Bilan fonctionnel (Plan de crise conjoint)

- **Quelle médication prenez vous habituellement :**

Médicaments	Dosage	Date de début	A quoi sert-il ?
Quetiapine ?	Nsp ? 1 Cachet le soir	Environ 3 mois	Bonne question, on me l'a expliqué mais je ne sais plus. Avoir – d'idées négatives et arriver à dormir
C'est ma mère qui surveille			

Directives anticipées en psychiatrie

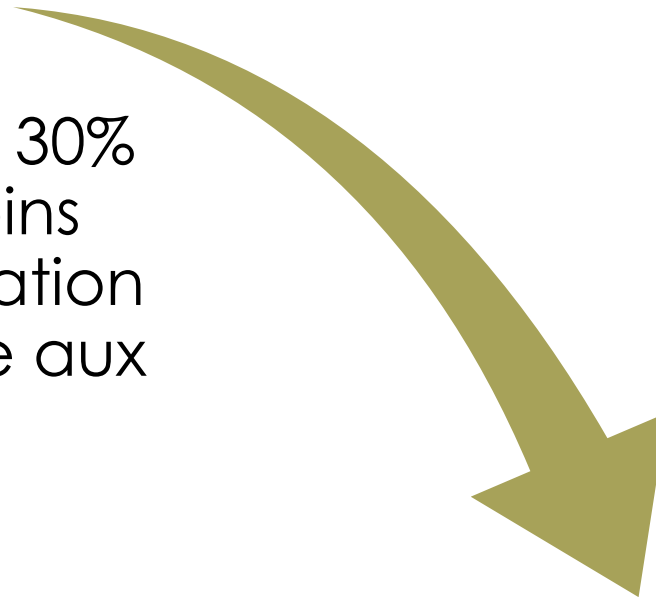
Plan de crise conjoint, Reprendre sa vie en main (REVIM), GPS (psycom), plan de prévention...

- Au service du rétablissement.
- Démarche commune entre une personne concernée par un trouble psychique et/ou un problème d'addiction et un professionnel, voire un proche.
- Un document négocié, rédigé et validé par les différentes parties concernées.
- Identifie les signes avant-coureurs et les facteurs déclencheurs d'une crise et/ou d'une rechute
- Indique les stratégies et les ressources à mobiliser rapidement en cas de crise, ainsi que les soins et les traitements à privilégier ou à éviter.

Directives anticipées en psychiatrie

Réduction significative de 30%
des hospitalisations et soins
sous contrainte et amélioration
de la santé mentale grâce aux
DAP

Tindland et al, 2022



Plan de Crise Conjoint (PCC)

Plan de Crise Conjoint (PCC) a prouvé son efficacité permettant:

- Un meilleur contrôle de soi et des troubles psychiques
- Un renforcement de l'alliance thérapeutique
- Une meilleure utilisation des ressources
- Une tendance à la diminution des coûts de prise en charge
- Réduction des hospitalisations sous contrainte de 25%

Flood C et al, 2006

Bartolomei J et al, 2012

Thornicroft G et al, 2013

Ruchlewska A, 2013

De Jong MH et al, 2016

Molyneaux E et al, 2019

Bilan Neuropsychologique

L'entretien:

- Etablir une relation,
- Repérage d'éventuelles difficultés dans l'enfance,
- Anamnèse cognitive, quelles sont les difficultés au quotidien,
- Comprendre le cadre de référence et le contexte de la personne,
- Permet de formuler des hypothèses pour orienter les épreuves proposées.

Outils neuropsychologiques:

Tests de mémoire, concentration, perception des émotions ...

Dépression unipolaire M.C.

- Plaintes cognitives subjectives (attentionnelles notamment)
- Bon fonctionnement global au niveau cognitif
- Efficience de la mémoire et de l'attention, bonne flexibilité.
- Faiblesse au niveau de la planification
- Déficit en théorie de l'esprit (surinterprétation)

Synthèse projet personnalisé

OBJECTIF(S) DE LA PERSONNE

« Être stable »

RESSOURCES, CAPACITES, COMPETENCES

BAC STG
Etudes supérieures
Multiples expériences professionnelles
Abstinent alcool et cannabis
Soutien important de sa mère
Bonnes descriptions des symptômes
Repère des facteurs de stress (cannabis, sommeil)
Bonne adhésion aux soins

DIFFICULTES, FREINS, OBSTACLES

En difficulté dans les situations sociales, dans certains lieux publics
Rupture avec la vie antérieure (amis, études, travaux)
Grand sentiment de méfiance
Repère de nombreux troubles cognitifs
Oublis massifs en période de crise
Pensées envahissantes
Déficit en théorie de l'esprit (surinterprétation)
Faiblesse au niveau de la planification

OBJECTIF(S) INTERMEDIAIRE(S) PROPOSE(S)

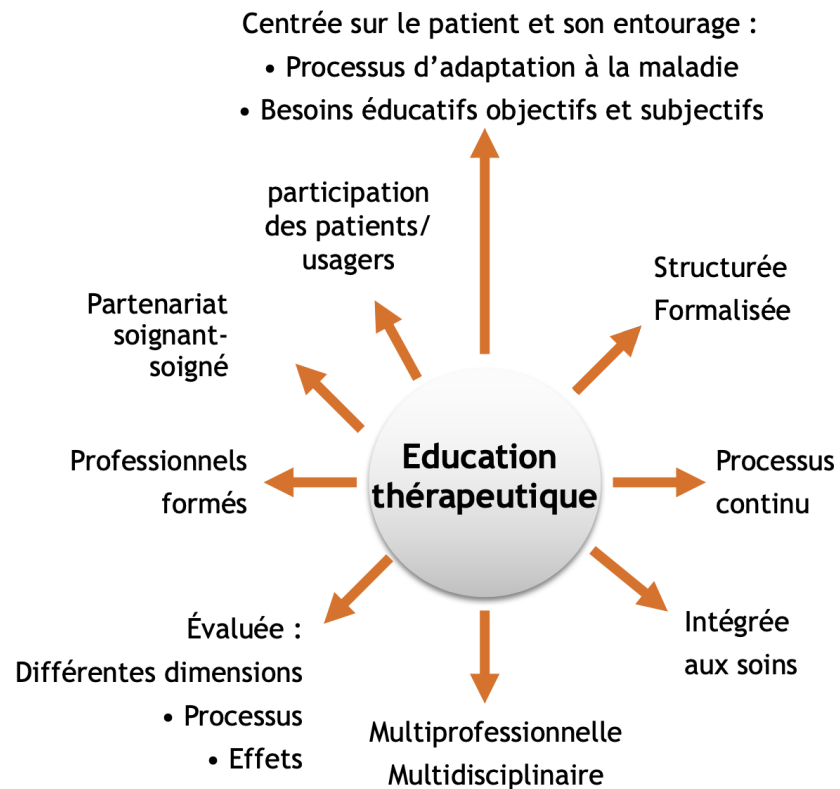
Repérer les symptômes et les facteurs de rechute
Comprendre les mécanismes du rétablissement
Remédier aux troubles de la théorie de l'esprit

PROPOSITIONS D'ACCOMPAGNEMENT

Participation au groupe d'éducation thérapeutique Schizophrénie et troubles apparentés
Participation au groupe remédiation en cognition sociale (Remédiation de la théorie de l'esprit)

Education Thérapeutique du Patient

Critères de qualité de l'ETP



Définition de l'OMS (1998)

« L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients **d'acquérir et de conserver les compétences** dont ils ont besoin et qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie » « **C'est un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient** »

Reprise par la HAS (2007)

« L'éducation thérapeutique est un **ensemble de pratiques** visant à permettre au patient **l'acquisition de compétences**, afin de pouvoir **prendre en charge de manière active** sa maladie, ses soins et sa surveillance, **en partenariat** avec ses soignants. »
<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/notite.htm#1a>

La loi HPST, article 84 (2009) « L'ETP a pour objectif de rendre le patient plus **autonome** en facilitant son **adhésion aux traitements** prescrits et en améliorant sa **qualité de vie** ».

Sources : HAS (2010) INPES (2010), OMS (1998).

ETP « ACCORDS »



Auprès des personnes

- 1 programme / an
 - Symptôme 10 séances
 - Traitement 10 séances
 - Addiction 5 séances
 - Rétablissement 10 séances
- 4 modules indépendants
- « A la carte »

Auprès des proches

- Pro-famille
- 2 programmes / an

En tout

- 22 intervenants formés à l'ETP
 - Assistante sociale
 - Infirmiers
 - Médecin généraliste
 - Médiateur santé pair
 - Monitrice éducatrice
 - Pharmaciens
 - Psychiatres
 - Psychologues

ETP « ACCORDS »



- **Module « symptômes »**
 - En apprendre plus sur la maladie pour mieux la gérer
- **Module « traitement »**
 - Je veux comprendre à quoi sert mon traitement, mes médicaments
- **Module « addiction »** : Programme construit avec l'équipe Addictologie du CH La Rochelle
 - Je me pose des questions sur mes consommations

Module rétablissement



- **Module « rétablissement »**

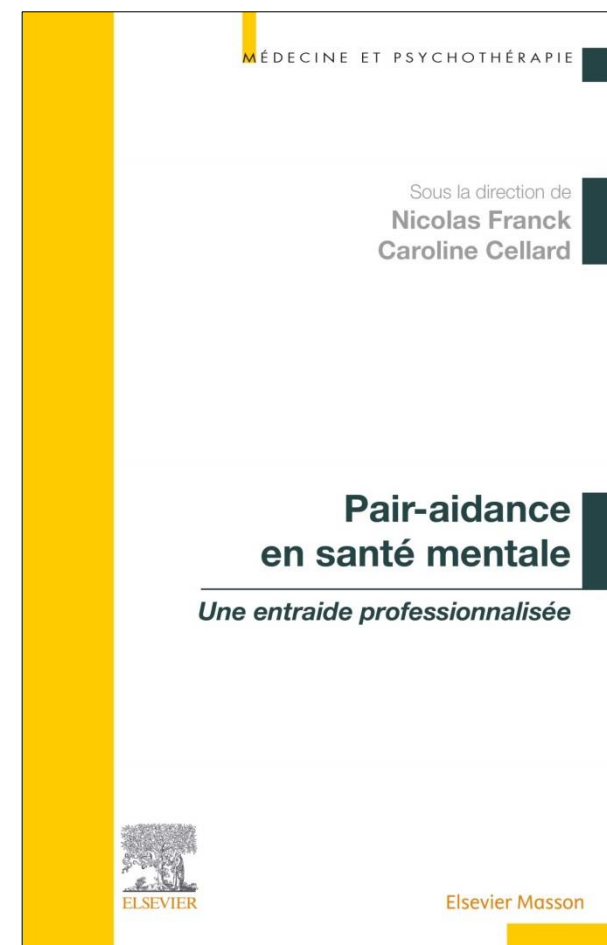
- Comment avoir une vie épanouie malgré la maladie

Co-construction et co-animation avec:

- **Sanitaire** : infirmiers, psychologue, assistante sociale - hôpital Marius LACROIX.
- **Médico-social** : médiateur santé pair - GAIA 17
Job coach – GAIA 17

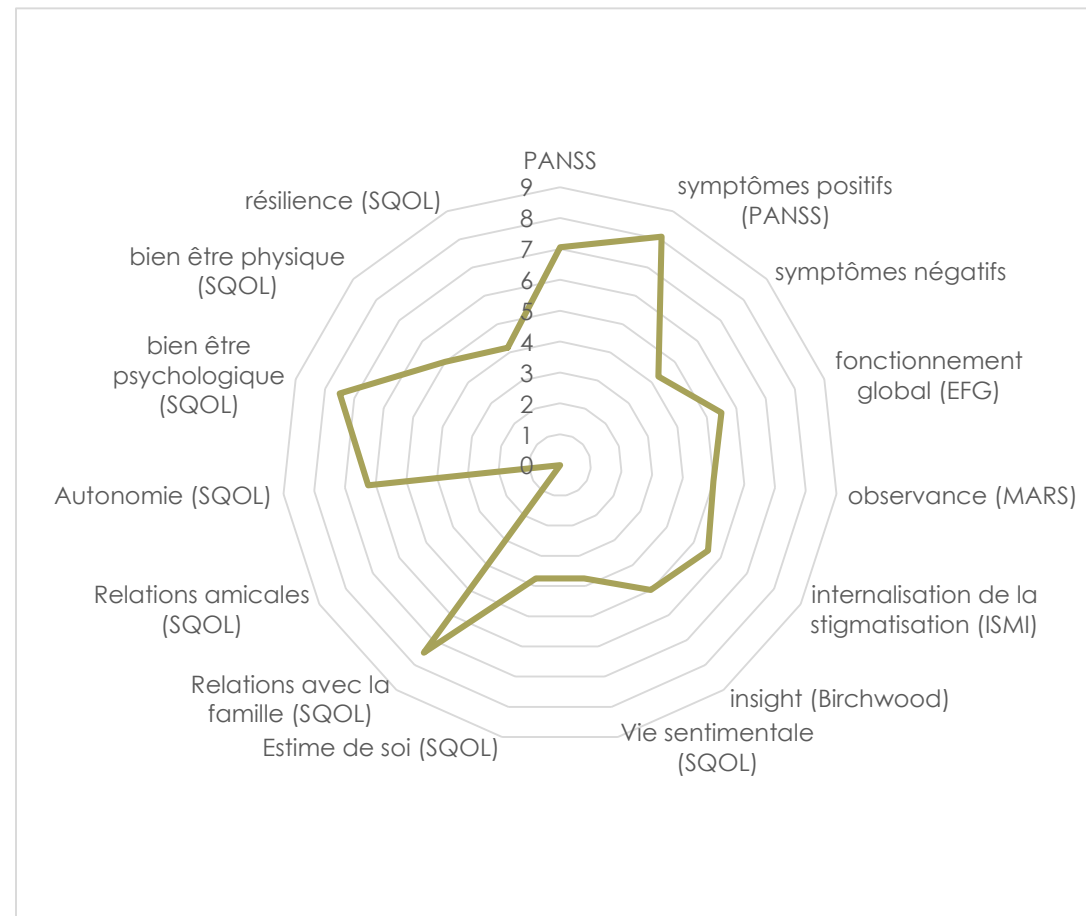


Module Rétablissement



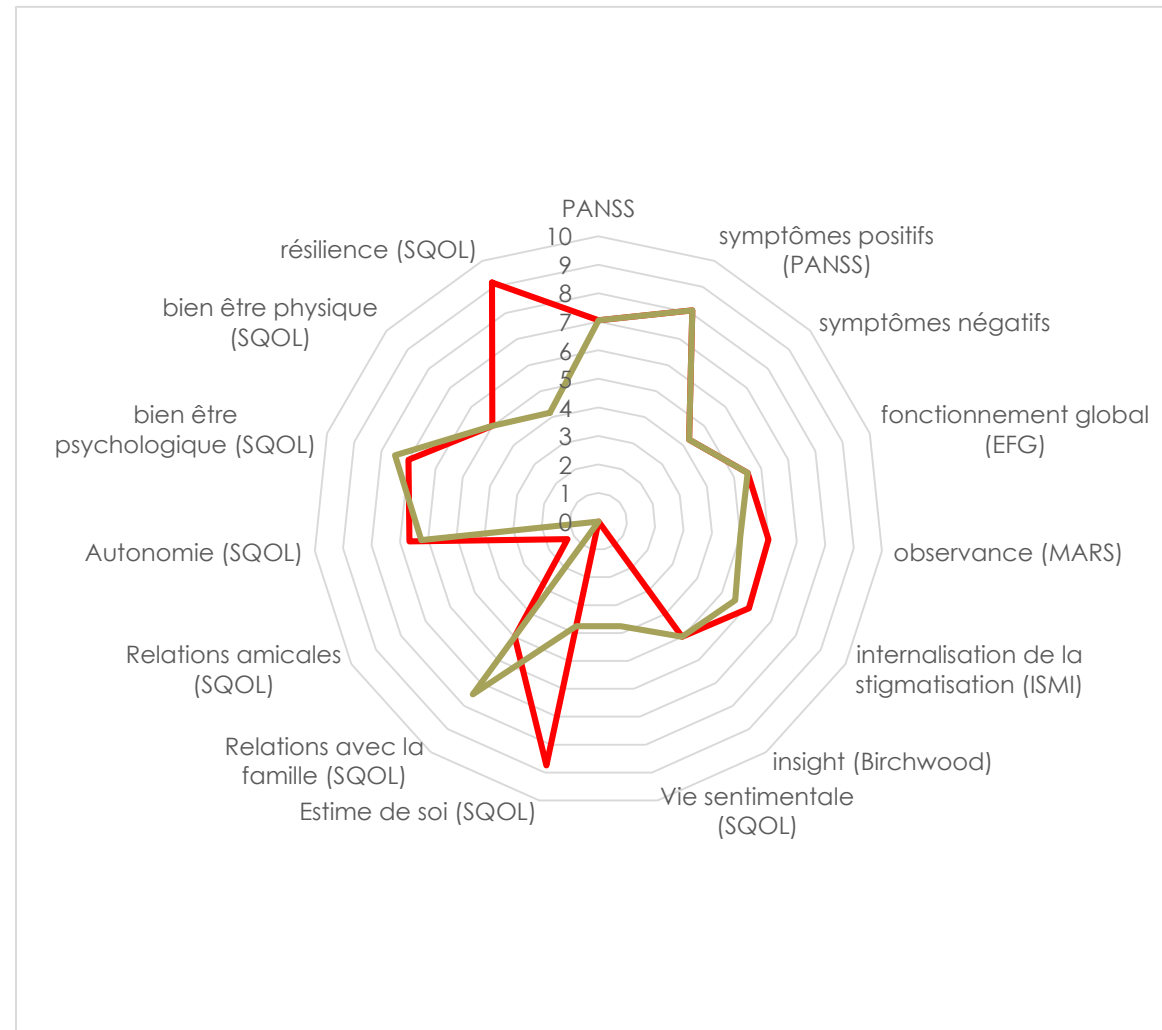
Diagnostic éducatif *INITIALE ETP*

OBJECTIF(S) DE LA PERSONNE	
« Être stable », « Avoir une vie normale » « Travailler sur moi-même »	
RESSOURCES, CAPACITÉS, COMPÉTENCES	DIFFICULTÉS, FREINS, OBSTACLES
BAC STG Etudes supérieures Multiples expériences professionnelles Abstinent alcool et cannabis Soutien important de sa mère Bonnes descriptions des symptômes Repère des facteurs de stress (cannabis, sommeil) Bonne adhésion aux soins STORI = Stade de « reconstruction »	En difficulté dans les situations sociales, dans certains lieux publics Rupture avec la vie antérieure (amis, études, travaux) Grand sentiment de méfiance Repère de nombreux troubles cognitifs Oublis massifs en période de crise Pensées envahissantes Déficit en théorie de l'esprit (surinterprétation)
OBJECTIF(S) INTERMÉDIAIRE(S) PROPOSÉ(S)	
Repérer les symptômes et les facteurs de rechute Comprendre les mécanismes du rétablissement Connaître les répercussions cérébrales et cognitives des psychotropes Partage expérientielle	
PROPOSITIONS D'ACCOMPAGNEMENT	
ETP schizophrénie et troubles apparentés	
MODULE EDUCATION THÉRAPEUTIQUE	
Module symptôme, traitement, addiction, rétablissement	



Diagnostic éducatif Final ETP

OBJECTIF(S) DE LA PERSONNE	
« Être stable » « Avoir une vie normale » « Travailler sur moi-même »	
RESSOURCES, CAPACITÉS, COMPÉTENCES	DIFFICULTÉS, FREINS, OBSTACLES
BAC STG Etudes supérieures Multiples expériences professionnelles Abstinent alcool et cannabis Soutien important de sa mère Bonnes descriptions des symptômes Repère des facteurs de stress (cannabis, sommeil) Bonne adhésion aux soins STORI = Stade de « reconstruction »	En difficulté dans les situations sociales, dans certains lieux publics Rupture avec la vie antérieure (amis, études, travaux) Grand sentiment de méfiance Repère de nombreux troubles cognitifs Oublis massifs en période de crise Pensées envahissantes Déficit en théorie de l'esprit (surinterprétation)
OBJECTIF(S) INTERMÉDIAIRE(S) PROPOSÉ(S)	
Repérer les symptômes et les facteurs de rechute Partage expérientielle	
Participation au Module « maladie »: Très satisfait, ouverture au groupe au fil du temps, prise de confiance et prise de paroles, met en évidence l'importance de demander de l'aide. Porteur d'espoir dans le groupe, identification de ses facteurs de stress et réflexion autour de potentiels stratégies	
Ne souhaite pas poursuivre pour le moment l'ETP Demande rendez vous avec IDE Réhab pour faire le point sur son accompagnement en réhabilitation Proposition de travailler sur le Plan de crise conjoint	



Poursuite accompagnement

- Proposition Thérapie EMC à la suite de sa participation à l'ETP:
 - « Angoisse de mort », « Des fois je pars de la maison, j'ai l'impression que je ne reviendrai jamais », « Je n'ose pas en parler à ma famille »,
 - Méfiance au quotidien, vécu persécutif invalidant,
 - Tendance au repli.

Remédiation cognitive

Définition : Ensemble des techniques rééducatives visant à restaurer les fonctions cognitives défaillantes (mémoire, attention, fonction exécutive, cognition sociale et métacognition) ou à compenser les déficits

Troubles cognitifs de la schizophrénie

De base ou Cognition froide

- Mémoire de travail, Mémoire Verbale,
- Attention sélective,
- Mémoire et attention visuo-spatiale,
- Fonctions exécutives (Raisonnement, Flexibilité, Inhibition, Planification/Organisation),
- Vitesse de traitement.

Programmes thérapeutiques: RECOS, CRT.

Cognition sociale ou cognition chaude

- Reconnaissance des émotions faciales d'autrui,
- Style attributionnel,
- Connaissance et perception des schémas sociaux,
- Théorie de l'esprit (Theory of Mind.)

Programmes thérapeutiques: Tom Remed (Travail sur la théorie de l'esprit), Gaia (reconnaissance des émotions faciales) , MCT (=EMC), PEPS

LA REMÉDIATION COGNITIVE : PRINCIPES

- Deux types de démarche : Restauratrice et Compensatoire
 - **Démarche restauratrice :**
 - Restaurer le fonctionnement en travaillant spécifiquement les performances déficitaires
 - Méthode de stimulation générale : entraînement par exercices répétés
 - **Démarche compensatoire :**
 - Développer les compétences préserver pour pallier les difficultés
 - Adapter l'environnement pour réduire le handicap cognitif
 - Méthodes :
 - o Substitution-transfert : développement de capacités alternatives
 - o Apprentissage de stratégies
 - o Utilisation d'assistants cognitifs / orthèses cognitives

LA REMÉDIATION COGNITIVE : PRINCIPES

Principes de base communs à tous les programmes :

- Apprentissage sans erreurs
- Renforcement positif
- Etayage
- Verbalisation
- Organiser les tâches
- Lien avec le quotidien

LA REMÉDIATION COGNITIVE : PRINCIPES

Principes de base communs (suite):

- Répétition massive des tâches
- Garder la même façon d'aborder les exercices **
- Amener les personnes à utiliser des stratégies :

1.Initiation des stratégies

2.Généralisation et automatisations

3.Transfert au quotidien

M. C - EMC

- But que l'on souhaite atteindre au cours de la thérapie:
 - « Atteindre de la stabilité »
 - « Etre plus tranquille dans ma tête »
 - « Etre plus serein »
- Critère pour considérer que ce but est atteint:
 - « Mener une vie meilleure »
 - « Alléger un poids »

Exercice 1

Dans les diapositives suivantes, vous verrez une série d'images. Dans la première, vous ne verrez qu'un seul détail. Dans les images suivantes, d'autres détails seront ajoutés jusqu'à voir finalement l'objet complet.

- Réfléchissez à ce qui peut être représenté.
- Évaluez la plausibilité ou la vraisemblance des différentes réponses possibles et dites moi quand vous avez pris votre décision.

Qu'est-ce qui est montré sur ce dessin ? Quelle certitude avez-vous ?

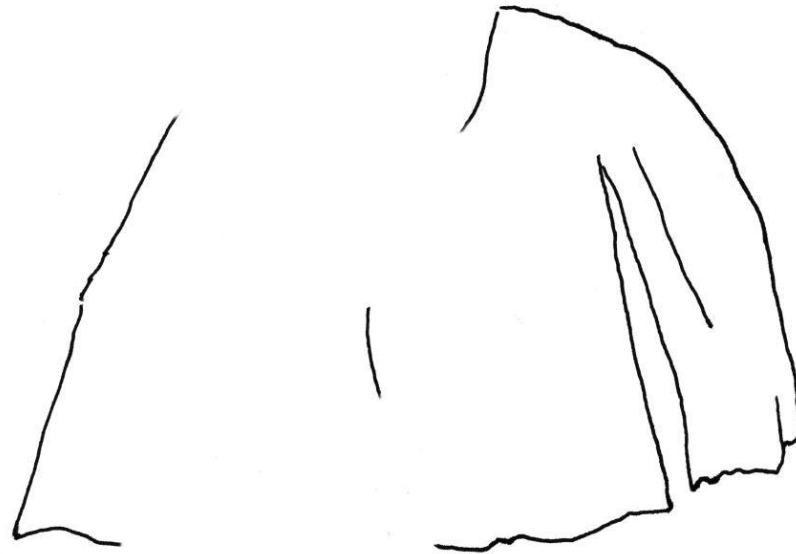
- Chemise
- Rocher
- L'enfer
- Jeune fille
- Vieille tente
- Fontaine



exclu, improbable, possible, probable, DECISION

Qu'est-ce qui est montré sur ce dessin ? Quelle certitude avez-vous ?

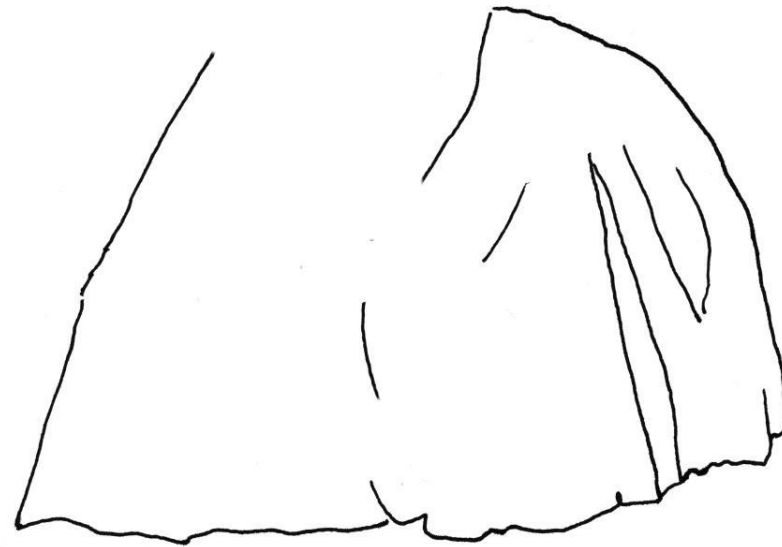
- o Chemise
- o Rocher
- o L'enfer
- o Jeune fille
- o Vieille tente
- o Fontaine



exclu, improbable, possible, probable, DECISION

Qu'est-ce qui est montré sur ce dessin ? Quelle certitude avez-vous ?

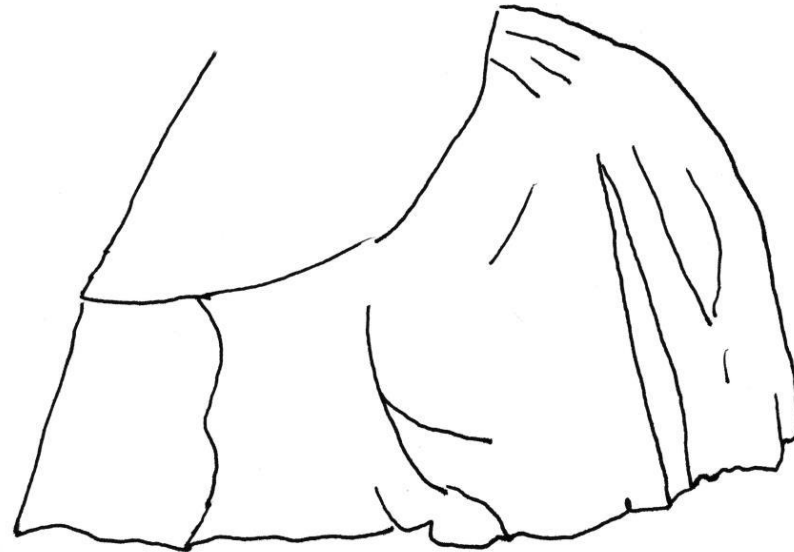
- o Chemise
- o Rocher
- o L'enfer
- o Jeune fille
- o Vieille tente
- o Fontaine



exclu, improbable, possible, probable, DECISION

Qu'est-ce qui est montré sur ce dessin ? Quelle certitude avez-vous ?

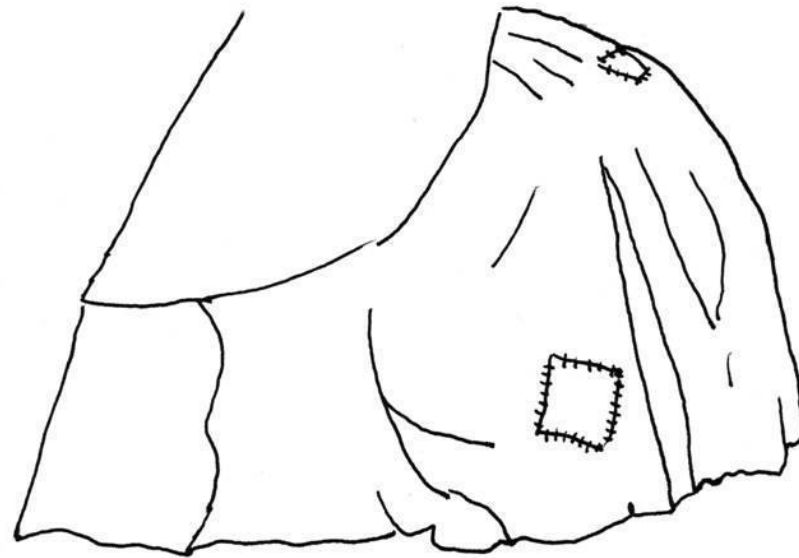
- o Chemise
- o Rocher
- o L'enfer
- o Jeune fille
- o Vieille tente
- o Fontaine



exclu, improbable, possible, probable, DECISION

Qu'est-ce qui est montré sur ce dessin ? Quelle certitude avez-vous ?

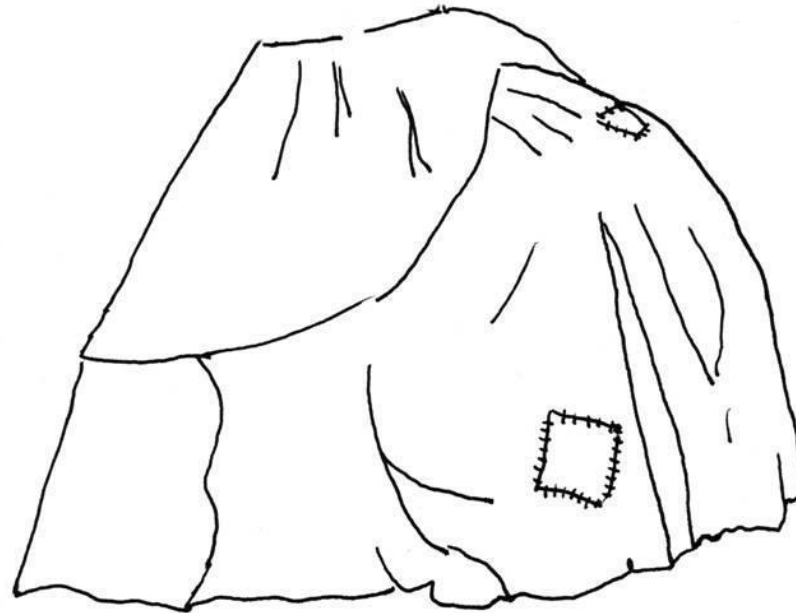
- Chemise
- Rocher
- L'enfer
- Jeune fille
- Vieille tente
- Fontaine



exclu, improbable, possible, probable, DECISION

Qu'est-ce qui est montré sur ce dessin ? Quelle certitude avez-vous ?

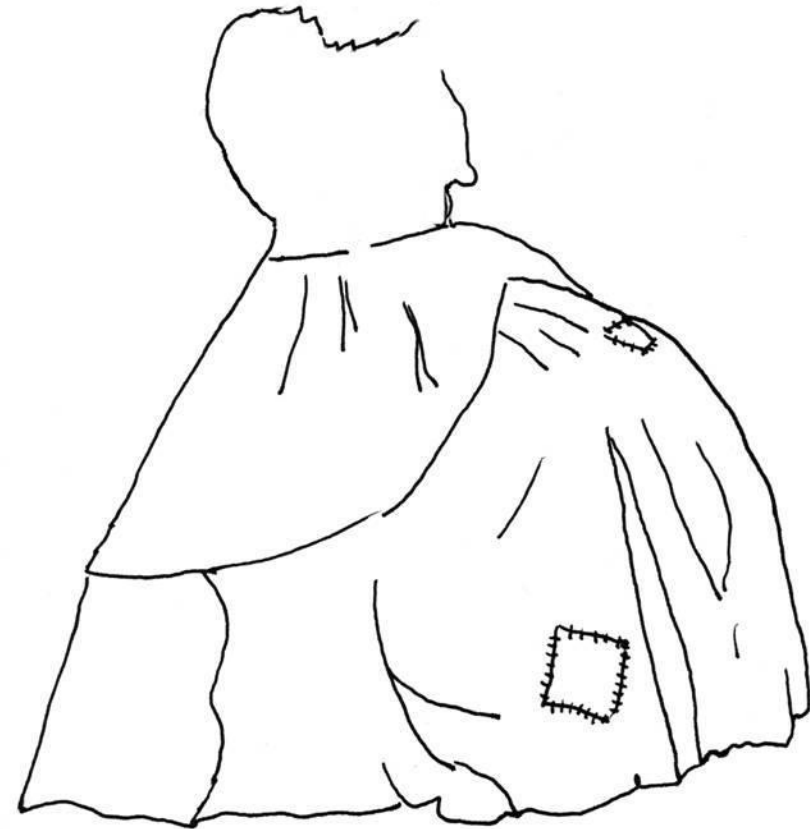
- Chemise
- Rocher
- L'enfer
- Jeune fille
- Vieille tente
- Fontaine



exclu, improbable, possible, probable, DECISION

Qu'est-ce qui est montré sur ce dessin ? Quelle certitude avez-vous ?

- Chemise
- Rocher
- L'enfer
- Jeune fille
- Vieille tente
- Fontaine



exclu, improbable, possible, probable, DECISION

Qu'est-ce qui est montré sur ce dessin ? Quelle certitude avez-vous ?

- Chemise
- Rocher
- L'enfer
- Jeune fille
- Vieille tente
- Fontaine



exclu, improbable, possible, probable, DECISION

Des décisions trop rapides peuvent conduire à des erreurs

- o Chemise
- o Rocher
- o L'enfer
- o Jeune fille
- o Vieille tente
- o Fontaine



exclu, improbable, possible, probable, DECISION

Nous prenons souvent des décisions, sans connaître « toute la vérité ».

- **Raisons/Avantages** : gain de temps, rassure, on donne éventuellement l'impression aux autres d'être quelqu'un de décidé et de compétent (on dit parfois : « mieux vaut une mauvaise décision que pas de décision du tout ».)
- **Inconvénients** : risque, on évite de prendre des décisions lourdes de conséquences

Nous devrions tendre dans nos jugements vers un *juste milieu* entre :

- une décision trop rapide
et
- un long protocole exagérément détaillé

Pourquoi tout cela ?

Des études montrent que beaucoup de personnes souffrant de troubles psychotiques (mais pas toutes !) **ont tendance à prendre des décisions de façon précipitée.**

Cette façon de faire conduit souvent à des décisions erronées. Il est préférable – en particulier pour les choses importantes – de **prendre le plus possible d'informations en compte pour se faire une idée sur quelque chose.**

De quelle façon des conclusions hâtives peuvent favoriser des erreurs de jugement, par exemple lors d'un épisode psychotique – Exemple

Evènement	Jugement au cours d'un épisode psychotique	Autres explications
Douleurs abdominales, maux de tête	Je suis empoisonné	J'ai mangé quelque chose d'avarié, j'ai une grippe intestinale qui débute.
Un trac publicitaire pour une pharmacie sur internet a été posté dans ma boîte aux lettres.	Cela montre que l'industrie pharmaceutique est derrière tout cela, et que par la poste ou par internet elle cherche à rendre les gens malades. La firme a sans doute payé pour avoir accès à des informations confidentielles de patients.	Il s'agit d'une campagne de publicité que toutes les boîtes aux lettres du quartier ont reçue. Il y a beaucoup de publicité pour la vente de produits en lignes.

Conséquences possibles d'une explication précipitée ?

EMC-M. C

Evènements	Explication lors d'un épisode psychotique	Explication alternatives
« Des jeunes, attablés à une table en terrasse qui rigolent »	« Ils se moquent de moi », « ils s'acharnent sur moi »,	« ils sont jeunes, peut être qu'ils se racontent des blagues »
« les gens avec leurs portables »	« c'est pour m'espionner »	« même moi je le fais, je l'utilise partout ».

Orientation réseau

- Vers dispositif emploi accompagné (DEA)
 - > Job coaching



M. C a débuté un stage dans une entreprise de coursier.
Difficultés de planification notamment dans la gestion de ses tournées.

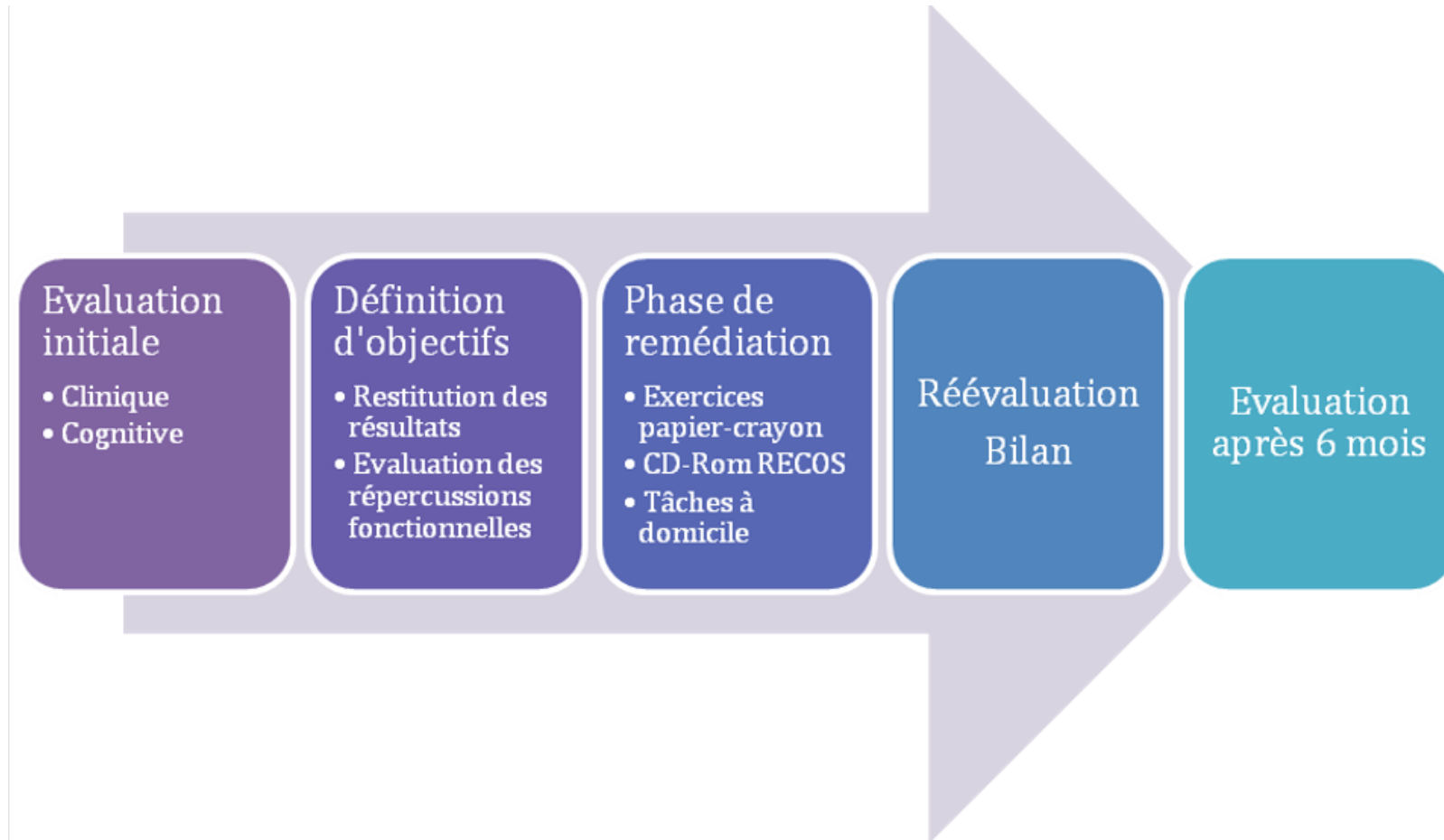
Proposition d'un outil de RC en individuel
-> RECOS

RECOS – REmédiation COgnitive pour la Schizophrénie



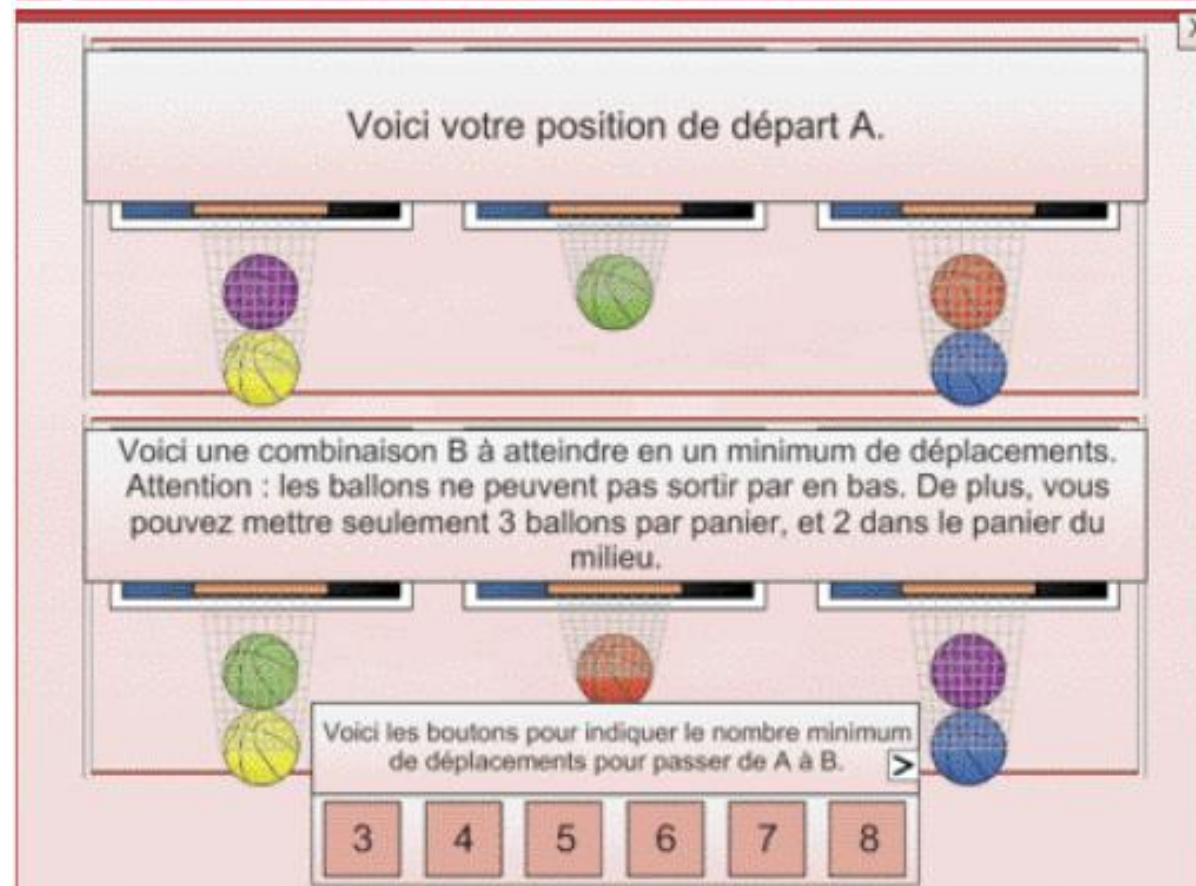
- **Pour qui ?**
 - J'ai des difficultés à m'organiser
 - Je ne sais pas par où commencer quand j'ai quelque chose à faire
 - J'oublie des rdv, des dates importantes,
 - Je ne me concentre plus aussi facilement qu'avant
- **Avec qui ?** Séances individuelles, 1 heures, 2 fois par semaine pendant 14 semaines
- **Comment ça marche ?** Phase d'évaluation, phase de remédiation (séances + travail au domicile), bilan
- **Pourquoi ?**
 - Améliorer la qualité de vie et l'estime de soi
 - Prendre conscience de son fonctionnement et de ses difficultés pour mieux y remédier
 - Développer son autonomie et favoriser une reprise d'étude ou une insertion professionnelle
 - Diminuer l'impact de certains symptômes

RECOS – REmédiation COgnitive pour la Schizophrénie



Exemple

Figure 2 : Exercice « Basket à New York » dans RECOS





*Autres outils
proposés à Cap
réhabilitation*

ETP Troubles bipolaires

- 2 programmes par an
- Pour chaque programme :
 - 16 séances
 - Mardi de 10 heures à 12 heures
 - 12 personnes
 - 1 séance avec mes proches (famille , entourage)
- Animation : psychiatre, infirmières, psychologue, psychomotricienne

ETP Troubles bipolaires

- Généralités
- Concepts et causes
- Manies, hypomanies, états mixtes, dépression
- Evolution
- Comorbidités, troubles psychiatriques associés
- Traitements médicamenteux X2
- Stress et bipolarité (identifier et gérer) X2
- Stratégie et résolution de problèmes
- Les rythmes X2
- Apprendre à détecter les épisodes (manie, dépression) X2
- Séance famille et entourage
- Séance finale



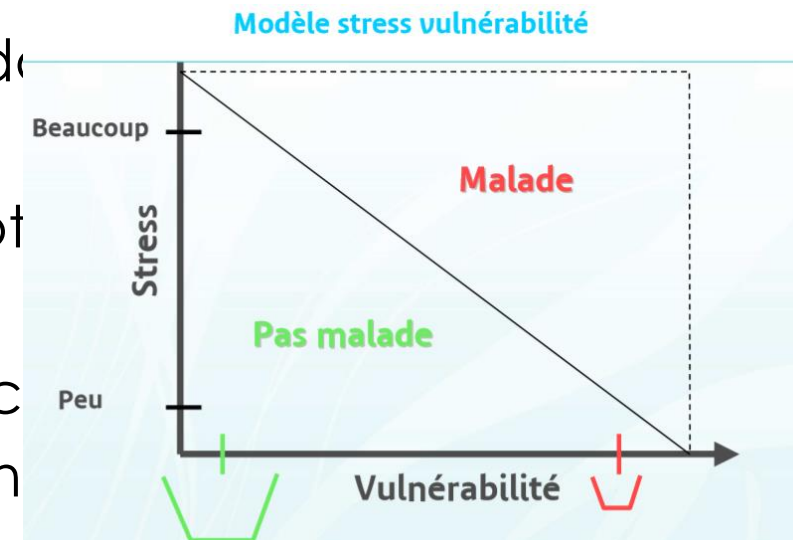
ETP dépression unipolaire

- 2 programmes par an
- Programme du CHU de Montpellier d'inspiration C ACT
- Pour chaque programme :
 - 10 séances
 - Les mardis de 14 heures à 15 heures 30
- Animation : Psychiatre, Pharmacien, Infirmières, Psychologue



ETP dépression unipolaire

- Information sur la maladie et les symptômes, causes et déclencheurs
- Le modèle vulnérabilité –stress
- Prise du traitement
- Gestion des symptômes et des effets secondaires
- Observance et compliance aux soins
- Prévention des rechutes et gestion des symptômes
- Gestion du stress
- Hygiène alimentaire, sommeil et activités sociales
- Gestion communication, loisirs, avoir des contacts
- L'envie du changement



Pro Famille



Le Programme Profamille est un **programme de psychoéducation** destiné aux familles et proches de patients souffrant de schizophrénie ou de troubles apparentés.

Un programme régulièrement réactualisé et amélioré, développant **l'empowerment des familles**, améliorant leur **qualité de vie** et cherchant à favoriser le **rétablissement** des malades



ORGANISATION DU PROGRAMME

- Profamille comporte un premier module de 14 séances de 4 heures et un second module d'approfondissement.



ANIMES PAR DES PROFESIONNELS ET/OU DES PROCHES

- Les séances sont animées par une équipe de réhabilitation.
- Le Réseau Profamille est constitué de plus de 300 professionnels de santé.

OBJECTIFS DE PROFAMILLE

- Connaître la maladie et les traitements
- Développer des capacités relationnelles
- Apprendre à mieux gérer ses émotions
- Savoir obtenir de l'aide et développer un réseau de soutien

EFFICACITÉ DU PROGRAMME PROFAMILLE

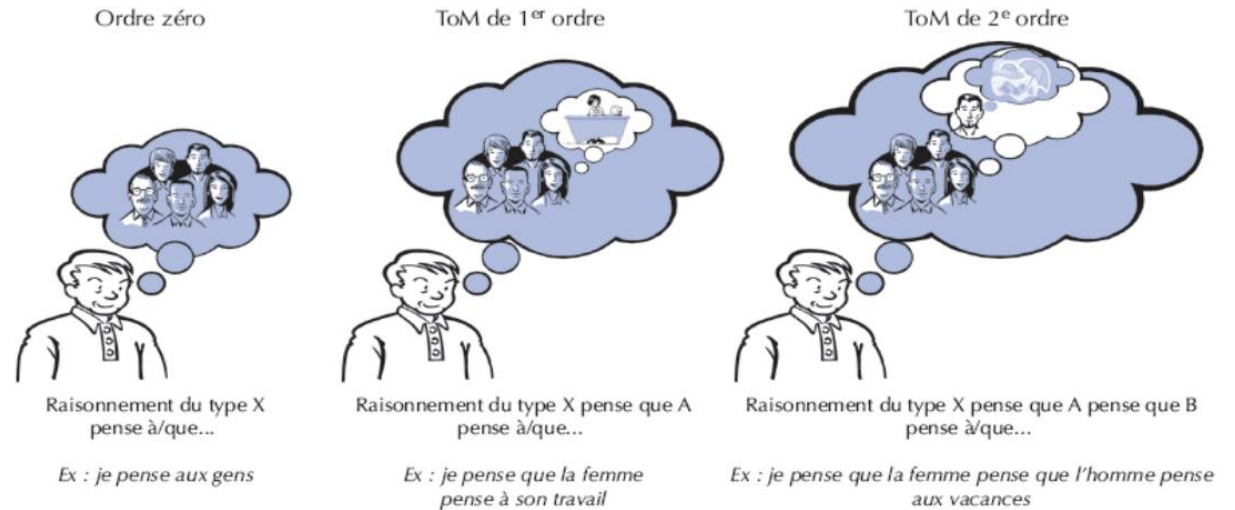
Plus de 4 000 personnes ont bénéficié de ce programme. Profamille est aujourd'hui le programme qui est le plus utilisé dans le monde et fait l'objet d'évaluations systématiques et rigoureuses.

- Taux de rechute divisé par 4 après une année et par 2 les années suivantes
- Réduction du nombre de tentatives de suicides des malades
- Amélioration de la qualité de vie et de la santé des familles

Plus d'informations sur www.profamille.site

Théorie de l'esprit ?

- Définition: Faculté de comprendre qu'autrui possède des états mentaux différents des siens et aptitude à faire des inférences(=hypothèses) correctes concernant le contenu de ces états mentaux (intentions, croyances...)



- **Pour qui ?**
 - Objectif d'améliorer les compétences des personnes souffrant de schizophrénie en Théorie de l'Esprit
 - Théorie de l'Esprit : aptitude à prévoir ou à expliquer le comportement d'autrui en lui attribuant des croyances, des souhaits ou des intentions qui diffèrent des nôtres. C'est une compétence importante pour réussir dans ses relations sociales
- **Avec qui ?** En groupe de 3 à 6 personnes, 10 séances d'1 heure 30
- **Comment ça marche ?** En 2 temps (des expériences de vie rapportées, un travail sur des extraits vidéo)
- **Pourquoi ?**
 - Améliorer la compréhension des intentions des autres, leurs émotions et leurs pensées
 - Améliorer les relations sociales
 - Diminuer certains symptômes (délire, ..)

EXAMPLE - TOMREMED



PEPS - Programme Emotions Positives pour la Schizophrénie

PEPS est un programme d'éducation thérapeutique – remédiation cognitive.

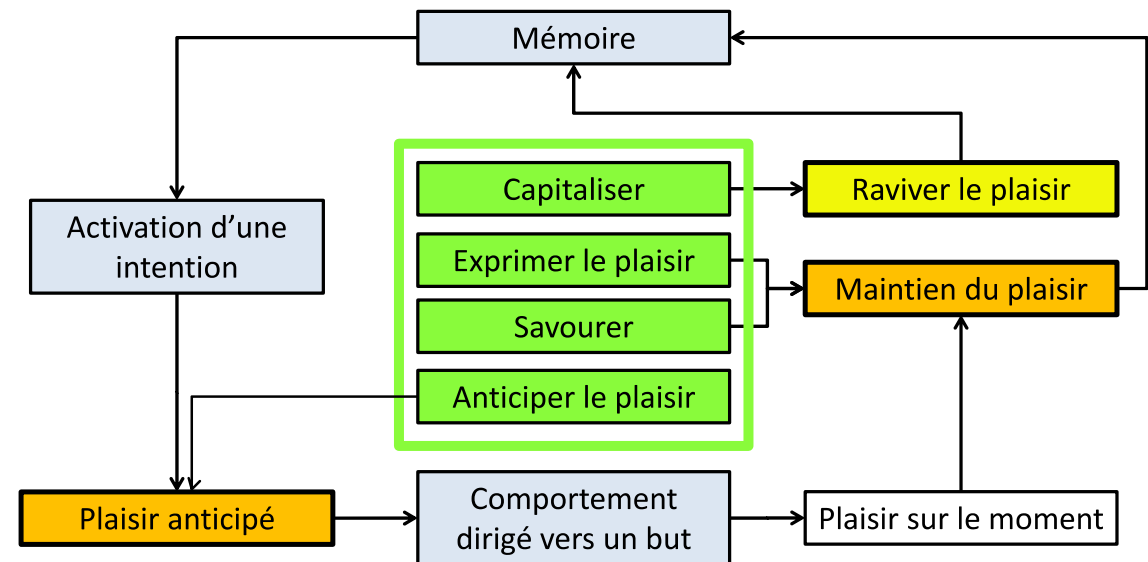
Son but est de réduire l'anhédonie (la difficulté d'anticiper ou d'éprouver du plaisir).

Il s'agira d'apprendre à diminuer les émotions négatives ainsi que les pensées défaitistes et en augmenter le contrôle cognitif des émotions positives (par leur anticipation et leur maintien).

Les thèmes des séances seront :

1. Gérer les croyances défaitistes
2. Savourer l'expérience agréable
3. Changer les croyances défaitistes
4. Capitaliser les émotions positives
5. Savourer et se remémorer les bonnes choses
6. Anticiper le plaisir
7. Anticiper les moments agréables
8. Mettre tout ensemble

Expérience temporelle du plaisir



Cognitive remediation therapy (CRT)



- **Pour Qui?**

- J'ai des difficultés à m'organiser
- Je ne sais pas par où commencer quand j'ai quelque chose à faire
- J'oublie des rdv, des dates importantes,
- Je ne me concentre plus aussi facilement qu'avant

- **Avec Qui?** Technique en individuelle.

- **Comment ca marche?** Le programme dure 14-15 semaines (3 mois et demi).

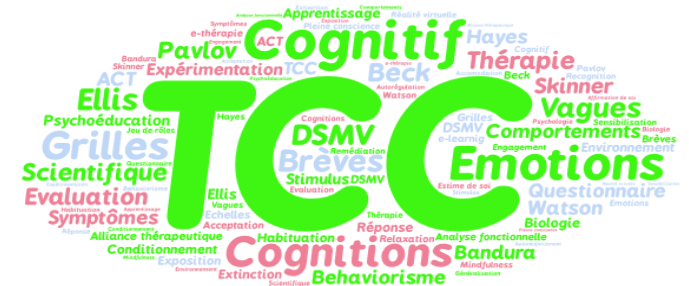
- Au total, 42 séances réparties comme telles: -2 séances /semaine (28 séances). -1 séance d'exercice à domicile/semaine (14 séances) en lien avec le quotidien du patient
- Technique papier/crayon qui comprend une multitude d'exercices de complexité graduelle (niveau 1 à 5) qui s'adapte continuellement au niveau du patient.
- Le programme débute après un bilan neuropsychologique (+ évaluation écologique et évaluation fonctionnelle) qui permettent de cibler les points forts et les difficultés du patient et de guider le processus thérapeutique.

- **Pourquoi?**

- **Entraînement des fonctions déficitaires (restauration)**
- **Entraînement des fonctions préservées (renforcement)**
- **Approche palliative (compensation)**

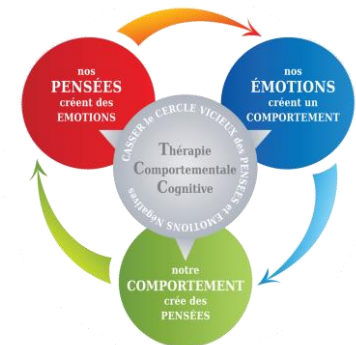
Groupe TCC « aptitudes à communiquer »

- **Pour qui ?**
 - Depuis que j'ai des troubles psychiques, je n'ai plus confiance en moi.
 - Parfois je me renferme sur moi-même et je ne sais plus comment communiquer avec les autres
 - Il m'arrive de mal interpréter certaines situations relationnelles,
 - J'ai du mal à exprimer et à reconnaître mes émotions
 - **Avec qui ?** En groupe de 8 à 12 participants, tous les lundis de 14h à 16h pendant 20 semaines
 - **Comment ça marche?**
 - Dans un premier temps, chacun témoigne de son vécu de la semaine puis on s'entraîne sur les situations relationnelles qui nous mettent en difficulté
 - Techniques de jeux de rôle, de résolution de problème, d'exposition
 - **Pourquoi ?**
 - Pour mieux connaître et reprendre confiance en moi
 - Pour ne plus avoir peur de parler aux autres
 - Pour apprendre à repérer et à contourner mes blocages
 - Pour retrouver de l'autonomie
- 



Groupe tcc « parole en ville »

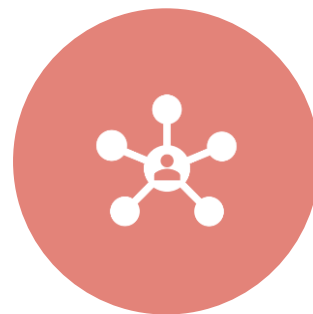
- Pour qui ?
 - Je souffre de troubles psychiques qui m'empêchent d'aller facilement vers les autres
 - Je n'ose pas sortir car je suis seul.
 - Je ne sais pas comment rencontrer d'autres personnes
- Avec qui ? Groupe de 8 personnes, tous les mardis de 16h à 17h, dans un café de La Rochelle
- Comment ça marche? Chacun vient par ses propres moyens, on se retrouve dans un café. On échange sur l'actualité, sur ce qu'il se passe en ville. Des séances sans l'infirmière
- Pourquoi ?
 - Pour rompre l'isolement
 - Pour développer mes capacités de communication



PARTENARIAT - Réseau



Renforcement de liens existant
entre le milieu hospitalier et les
structures extérieures



Développement de nouveaux
réseaux depuis l'ouverture de
CAP Réhabilitation



Rencontre des différents
acteurs (social, médico social,
réinsertion professionnelle,
association de patients,
acteurs culturels, ...)



Développement de
partenariat / conventions

PARTENARIAT - RESEAU

MDPH

- Aide à l'évaluation neuropsychologique et aux demandes d'orientation



MESSIDOR

- Evaluations des capacités de travail (Messidor)
 - Bilan fonctionnel et neurocognitif (Cap Réhab)
- } MDPH , bilan trimestriel
Evaluation rapide de l'employabilité



PARTENARIAT - RESEAU

GAIA 17

- Intervention d'un médiateur santé pair au Programme ETP ARSIMED (module Rétablissement)
- Evaluations CAP Réhab pour les personnes domiciliées en Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)
- GEM, SAVS, SAMSAH, SEF



Association Emmanuelle

- Interventions de réhabilitation autour d'une Résidence Accueil (Résidence Victoria)
- Intervention de membres du GEM au Programme ETP ARSIMED
- GEM, SAVS



PARTENARIAT - RESEAU

Université de La Rochelle

- Lien avec le Pôle Handicap de l'Université
- Evaluation – Activités de réhabilitation le plus tôt possible
- Limiter la désinsertion scolaire



CCAS La Rochelle

- A vos marques, bougez, découvrez



UNAFAM

- Participation et orientation des proches / familles au programme ARSIMED Familles
- Participation de la Filière Réhab aux manifestations de sensibilisation et de déstigmatisation
- Développer un programme de psychoéducation pour les familles : BREF



PARTENARIAT - RESEAU

- Projets / Rencontres en cours
 - UDAF, ADAPEI 17, ADEI 17
 - CAP EMPLOI,
 - Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP)
 - Association L'AREDETA*
 - Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)
 - Maison des adolescents (MDAJA)
 - ...

*Association Rochelaise pour l'Étude sur la Dépression et les Troubles Affectifs

Filière de Réhabilitation Psychosociale



Unités PUSSIN et PELLETIER

Services d'hospitalisation complète (35 lits HC)

Réadaptation aux personnes hospitalisées dont le handicap psychique, en lien avec leur maladie, ne permet pas une sortie rapide.

- renforcement des capacités (cognitives, relationnelles, d'autonomie)
- psychoéducation, réévaluation thérapeutique
- préparation personnalisée à la sortie (accompagnement, réinsertion et resocialisation)

Résidence Accueil Victoria

Partenariat avec l'Association Emmanuelle

16 logements individuels

- renforcement des capacités d'autonomie et d'intégration dans leur environnement
- accès à la citoyenneté



CAP REHABILITATION

Unité Ambulatoire

Accompagnement des personnes, dont la maladie psychiatrique bien que stabilisée, est à l'origine de blocages pour s'intégrer dans la société (se déplacer, pouvoir gérer son argent, faire ses courses, travailler,...).

- bilan clinique, neuropsychologique
- remédiation cognitive, ETP, TCC, EMC, EHS
- Réseau (social, professionnel, loisirs, université,...)

ELIPSE

Equipe Mobile d'intervention précoce

Population 15 à 25 ans

UHR , premiers épisodes psychotiques

- Psychiatrie préventive
- soins intensifs dans leur environnement personnel

COMMENT LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ INTERVIENT-IL EN FAVEUR DU RÉTABLISSEMENT ?

- En permettant à la personne de reprendre la maîtrise de sa trajectoire
- En favorisant l'auto-détermination
- En permettant à la personne de mieux connaître ses possibilités et ses limites
- En permettant le renforcement des compétences préservées

Bibliographie

- Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation : Juin 2007. (2009). 39-43. <https://doi.org/10.1007/s11690-009-0174-4>
- Ivernois, Jean-François d', et Rémi Gagnayre. 2016. Apprendre à éduquer le patient: approche pédagogique : l'école de Bobigny. 5e édition. Paris: Édition Maloine.
- Franck, N. (2012). *Remédiation cognitive*. Elsevier-Masson.
- Franck, N. (2014). *Cognition sociale et schizophrénie : Outils d'évaluation et de remédiation*. Elsevier Masson.
- Franck, N. (2017). Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères. *Rhizome*, N°65-66(3), 10. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0010>
- Franck, N., & Duboc, C. (s. d.). RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE ET REMÉDIATION COGNITIVE. 266.
- Martin, B., & Franck, N. (2013). Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 21-40. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.10.002>
- Steffen Moritz, Woodward, T. S., & FAVROD, J. (2012, juin). *Entraînement des Habiletés Métacognitives pour les patients avec une schizophrénie (EMC)*. 44.
- Favrod, J., Maire, A., Rexhaj, S., & Nguyen, A. (2015). *Se rétablir de la schizophrénie : Guide pratique pour les professionnels*. <http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294744570>
- Vianin, P., & Franck, N. (2014). *La remédiation cognitive dans la schizophrénie : Le programme RECOS*. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/ualberta/detail.action?docID=5693207>
- Franck, Nicolas. 2018. *Traité de réhabilitation psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Bonsack, C., Ferrari, P., Gibellini, S., Gebel, S., Jaunin, P., Besse, C., & Morandi, S. (2013). LE CASE MANAGEMENT DE TRANSITION : Assurer la continuité du rétablissement après une hospitalisation psychiatrique (No 8; p. 61). ASSOCIATION « RESEAU DE LA COMMUNAUTE ARCOS SANITAIRE DE LA REGION LAUSANNOISE.
- Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon BJ, et al. Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial. Scott JG, éditeur. PLoS ONE. 19 mars 2014;9(3):e91882.
- Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *The Lancet*. mai 2013;381(9878):1634-41.
- de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, et al. Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 juill 2016;73(7):657.
- Molyneaux E, Turner A, Candy B, Landau S, Johnson S, Lloyd-Evans B. Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*. juill 2019;5(4):e53.
- Bartolomei J, Ortiz N, Etter M, Rey-Bellet P, Bardet A, Etter F. Le plan de crise conjoint: familles, patients et soignants ensemble face à la crise. *Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother [Internet]*. 2012 [cité 8 juin 2022];163(02). Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.4414%2Fsanp.2012.02355>
- Tinland, A., Loubière, S., Mougeot, F., Jouet, E., Pontier, M., Baumstarck, K., Loundou, A., Franck, N., Lançon, C., Auquier, P., & DAiP Group. (2022). Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 79(8), 752-759. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1627>