

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1662

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Sylvain JEUNE

Le 15 novembre 2019

**Etat des lieux des soins de réhabilitation à destination des patients
schizophrènes en Midi Pyrénées**

Directeur de thèse : Dr LAFONT RAPNOUIL Stéphanie

JURY

Monsieur le Professeur	Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur	Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Professeur	Philippe BIRMES	Assesseur
Monsieur le Docteur	Karine FAURE	Assesseur
Madame le Docteur	Stéphanie LAFONT RAPNOUIL	Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALVAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

M. STILLMUNKES André

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

Etat des lieux des soins de réhabilitation à destination des patients schizophrènes en Midi Pyrénées

La réhabilitation est une filière de soin en psychiatrie née d'un nouveau concept : le rétablissement. Il s'agit, pour les acteurs qui y sont engagés, de limiter le handicap fonctionnel, ce qui implique de réformer les pratiques psychiatriques et de repenser le rapport des patients à la maladie notamment dans le cas de la schizophrénie. Nous nous sommes intéressés dans ce travail à la place de la région Midi-Pyrénées dans le développement de cette filière.

Nous avons conduit une étude observationnelle sur la région Midi-Pyrénées, de janvier à juin 2018, au sein des structures compétentes en santé mentale et à l'aide d'entretiens téléphoniques semi dirigés. Nous avons identifié, les filières locales et les projets en cours d'élaboration visant à organiser des soins de réhabilitation psychosociale à destination des patients adultes souffrant de schizophrénie. La mise en place d'interventions validées relevant du champ de la réhabilitation psychosociale que sont les thérapies cognitivo-comportementales, la remédiation cognitive, les entraînements aux habiletés sociales et l'éducation thérapeutique a également été relevée dans ces établissements. Nous avons également recherché les freins éventuels au développement de cette filière.

Au sein de 22 structures, 11 publiques et 11 privées, nous avons référencé 11 filières dont 2 sont encore à l'état de projet. Celles-ci n'étaient pas organisées entre elles et présentaient peu de point communs. Seuls 14 des 22 établissements proposaient un des 4 outils de soins validés étudiés. L'offre de réhabilitation relevait majoritairement de l'offre publique. Le premier frein évoqué était la sensibilisation aux pratiques de réhabilitation des professionnels de santé mentale.

Ce travail donne quelques pistes pour favoriser le développement des filières de réhabilitation, permettre une meilleure coordination de ces structures afin d'améliorer l'offre de soin aux patients.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialisée clinique

Mots-Clés : réhabilitation psychosociale, rétablissement, schizophrénie, thérapie cognitivo-comportementale, remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, psychoéducation.

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Stéphanie LAFONT RAPNOUIL

A synopsis of rehabilitation care for schizophrenic patients in Midi-Pyrenees

Rehabilitation is a newborn sector in psychiatry with the original concept of « recovery ». Its aim is to reform psychiatric practices and to rethink the relationship between patients and diseases, especially for the patient suffering from schizophrenia. In this work, we were interested in the development of the rehabilitation in Midi-Pyrenees region.

We conducted an observational study in the Midi-Pyrénées region, from January to June 2018, among the competent structures in mental health with using semi-structured telephone interviews. We identified local networks and projects under development organizing psychosocial rehabilitation care for adult patients suffering from schizophrenia. The establishment of interventions in the field of psychosocial rehabilitation such as cognitive behavioral therapy, cognitive remediation, training in social skills and therapeutic education was also identifies in these institutions. We also looked for possible obstacles to the development of this sector.

In 22 structures, 11 public and 11 private, we have referenced 11 sectors of which 2 are still in the project stage. There was no coordination between these centers, and they had little in common. Only 14 of the 22 institutions offered one of the 4 psychosocial interventions studied. Most of the rehabilitation care came from the public offer. The first mentioned limit was lack awareness to the rehabilitation practices of mental health professionals.

This work provides some ways to promote the development of rehabilitation programs, to allow better coordination of these structures and to improve patient care.

Thesis for the state diploma of doctor of clinical specialty medicine

Keywords: psychosocial rehabilitation, recovery, schizophrenia, cognitive behavioral therapy, cognitive remediation, social cognition training, psycho-education.

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Supervisor: Stéphanie LAFONT RAPNOUIL

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier ma directrice de thèse, Madame le docteur LAFONT RAPNOUIL, pour la confiance qu'elle m'a accordée en acceptant d'encadrer ce travail doctoral et pour les heures qu'elle a consacrées à diriger cette recherche. J'aimerais également lui dire à quel point j'ai apprécié sa grande disponibilité, sa patience. Enfin, j'ai été extrêmement sensible à son engagement, ses qualités humaines d'écoute de compréhension et de guidance tout au long de ce travail.

A Monsieur le Président du Jury Monsieur le professeur ARBUS, et à mon Jury de thèse, Monsieur le professeur SCHMITT, Monsieur le professeur BIRMES, je vous remercie infiniment de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury et de juger mon travail. Veuillez trouver l'expression de mon profond respect et de toute mon admiration.

A Madame le docteur FAURE, je te suis reconnaissant de ton accompagnement et de tes conseils prodigués lors de mon passage au CMP de l'hôpital LAGRAVE durant mon internat. Ma pratique clinique quotidienne en est encore imprégnée. Je serais honoré de ta présence en ce jour si particulier.

Je tiens à remercier ma famille, mes proches, qui par leur amour et leur guidance m'ont permis d'arriver là où je suis aujourd'hui. Mon père et ma mère pour les valeurs que vous m'avez donné et pour toutes les qualités que vous portez en vous. Mais aussi mes frères : Antoine toi qui semble avancer sans jamais hésiter ; Martin, j'espère qu'après ce travail de thèse je saurais peut être davantage t'accompagner. Enfin Damien tu as fait ce même choix de devenir médecin et même si tu ne sais pas encore quelle spécialité tu choisiras dans 2 ans, je sais que tu sauras t'y épanouir pleinement.

Et enfin mes plus profonds remerciements vont à ma femme Diana et à mon fils Alexis. Tout au long de ce travail, ils m'ont toujours soutenu, encouragé, aidé et surtout donné leur amour qui m'a été essentiel durant toutes ces années. Ils ont su me donner toutes les chances pour réussir. Qu'ils trouvent, dans la réalisation de ce travail, l'aboutissement de leurs efforts ainsi que ma plus affectueuse gratitude.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	8
TABLE DES MATIERES.....	9
INTRODUCTION	11
I. La schizophrénie : une maladie	11
1. Historique du concept.....	11
2. Définition clinique	11
3. Epidémiologie	11
4. Evolution et comorbidités	12
5. Schizophrénie et troubles cognitifs	13
II. La schizophrénie : un handicap	14
1. Définition du Handicap	14
2. Loi du Handicap de 2005 : droit à « compensation ».....	15
3. Schizophrénie : clinique du handicap	15
III. Schizophrénie : modalités de prise en charge	16
1. Les neuroleptiques : le traitement de référence	16
2. Alternatives non médicamenteuses	17
IV. Schizophrénie et rétablissement.....	18
1. Historique et évolution	18
2. Deux concepts : réhabilitation et rétablissement	19
3. Regard sur le système de soin Français actuel	21
4. Le « rétablissement des professionnels »	22
V. Schizophrénie et soins de réhabilitation psychosociale	22
1. La réhabilitation : soins de prévention du handicap.....	22
2. Quels outils à disposition des soignants	23
VI. Etat des lieux en France	27
VII. Etat des lieux en Midi-Pyrénées	28
MATERIELS ET METHODES	29
I. Type d'étude	29
II. Objectif principal	29
III. Objectifs secondaires	29
IV. Population cible	29
V. Recrutement de la population	30
VI. Recueil des données	30

RESULTATS	32
I. Recrutement de la population	32
II. Critère de jugement principal	32
1. Caractéristiques des structures étudiées :	33
2. Description des unités de réhabilitation et des établissements concernés ..	33
III. Critères de jugement secondaire	39
1. Interventions psychosociales proposées par chaque établissement	39
2. Détails pour chacune des interventions	39
3. Intervention psychosociale la plus fréquente	40
4. Comparatif établissement publique et privé	40
5. Question ouverte	40
DISCUSSION	41
I. Des initiatives locales, une filière peu structurée	41
1. Des unités hétérogènes	41
2. Une offre de soins peu coordonnée	42
II. Un projet de réinsertion ou de réhabilitation psychosociale ?	42
1. L'individu acteur de sa prise en charge	42
2. La stabilité clinique, une condition pour entrer dans un processus de réhabilitation ?	43
III. Etat des lieux des interventions psychosociales	44
1. Une offre de soin globalement disponible, mais pas dans le privé.	44
2. La psychoéducation presque toujours plébiscitée	44
3. Une offre complète encore exceptionnelle	44
IV. Difficultés et freins au développement de la réhabilitation psychosociale	45
1. Un manque de sensibilisation et d'enseignement ?	45
2. Un manque de moyens en personnel ?	45
3. La problématique du coût ?	45
V. Limites et perspectives	46
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	50

INTRODUCTION

I. La schizophrénie : une maladie

1. Historique du concept

Les premières descriptions de la schizophrénie remontent à Emil Kraepelin qui utilise en 1889 le terme de “*dementia praecox*”. L'évolution de la maladie ne se faisant pas toujours vers la démence, ce terme est par la suite abandonné. Il est remplacé par celui de schizophrénie, terme inventé en 1908 par Eugen Bleuler avec pour racine “*schizein*”, signifiant fractionnement, “*phrèn*”, désignant l'esprit : faisant référence aux symptômes dissociatifs, une des caractéristiques de la maladie.

2. Définition clinique

Le diagnostic de cette maladie reste exclusivement clinique, aucun marqueur biologique ou d'imagerie n'ayant été validé à ce jour.

Dans sa dernière version parue en 2013, le DSM-V caractérise la maladie par la présence d'idées délirantes, d'hallucinations, d'une désorganisation du discours ou du comportement et/ou de symptômes négatifs (réduction de l'expression émotionnelle, aboulie...). Ces symptômes devant persister pendant au moins 6 mois(1).

3. Epidémiologie

Selon l'OMS la schizophrénie est considérée comme l'une des 10 pathologies les plus préoccupantes, au même titre que les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers... Elle touche en 2018 plus de 23 millions de personnes dans le monde. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Environ 237 800 personnes souffrant de schizophrénie, soit 3,75 pour 1000 habitants, ont été prises en charge en France en 2014 par le système de soin. Ce taux était de 4.2‰ dans la région Occitanie (2) pour une population de 5 730 753 habitants (source INSEE). La population souffrant de schizophrénie est relativement jeune : 85 % des hommes et 78 % des femmes sont âgés de 25 à 64 ans (2).

4. Evolution et comorbidités

La schizophrénie est une maladie dont l'évolution peut être très variable d'un sujet à un autre. Elle est généralement chronique, marquée par la survenue d'épisodes psychotiques récurrents. Les premiers symptômes psychotiques apparaissent classiquement chez le grand adolescent ou l'adulte jeune entre 15 et 25 ans, mais il existe des formes rares très précoces (pré-pubertaires) ou tardives (après 35 ans). L'âge de début est généralement plus tardif chez la femme par rapport à l'homme d'environ 5 ans. S'ils évoluent souvent par poussées, certains symptômes peuvent également persister lors de périodes de rémission.

Il est important de garder à l'esprit que le premier épisode et les rechutes sont favorisés par l'existence de facteurs de stress (drogues, ruptures, deuils...).

La maladie est associée à de nombreuses comorbidités :

- Psychiatriques : avec une prévalence augmentée de troubles de l'humeur lors des phases aiguës de la maladie ou au décours d'un épisode ;
- Addictives : la schizophrénie étant fréquemment associée à une consommation abusive ou à une dépendance au tabac, au cannabis ou à l'alcool ;
- Somatiques : troubles métaboliques et complications cardiovasculaires (iatrogénie des antipsychotiques).

Malgré les progrès thérapeutiques, la schizophrénie reste une pathologie sévère. Le DSM dans sa cinquième version précise encore que « la rémission complète est le plus souvent inhabituelle dans ce trouble (1) », il a longtemps été communément admis que la majorité de patients ne parviendraient pas à recouvrir leur état antérieur.

La schizophrénie est de plus associée à une diminution de l'espérance de vie, les sujets qui en souffrent présentent une mortalité de 2 à 3 fois supérieure à celle de la population générale. Cela s'explique par les complications, particulièrement somatiques, qui l'accompagne, mais aussi par un taux de mortalité par suicide très élevé, de l'ordre de 10 %, chez les patients souffrant de cette maladie(3).

5. Schizophrénie et troubles cognitifs

Depuis de nombreuses années, les travaux en neuropsychologie et en psychologie poussent à sortir d'une lecture dichotomique de la maladie. C'est-à-dire une lecture mettant l'accent sur l'existence de symptômes positifs et négatifs, fortement présente dans les critères diagnostiques des classifications internationales (DSM-V, CIM10) (4). C'est une vision qui imprègne encore la pratique clinique et qui a le défaut de négliger l'existence et l'importance des troubles cognitifs présents chez la majorité des personnes souffrant de schizophrénie (plus de 75%) (5), ceci dès le stade précoce, voire dès la phase prodromale de la maladie (6) (7) (8).

Les troubles cognitifs apparaissent souvent dès les premières années de la maladie pour se stabiliser généralement après 2 à 5 ans d'évolution. Ils peuvent être regroupés en plusieurs catégories :

- les déficits impliquant la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives ;
- les déficits impliquant des facteurs généraux comme un ralentissement global du traitement de l'information, mesurés par les temps de réaction et la limitation des ressources cognitives (4) ;
- une altération en théorie de l'esprit (Theorie of Mind ou ToM); capacité de mentalisation et de lecture intentionnelle (9), fortement impliquée dans les compétences sociales.

Les études neuropsychologiques de patients souffrant de schizophrénies ont souligné la grande variabilité interindividuelle de leurs profils cognitifs et l'importance de l'évaluer pour chaque patient au cas par cas. Ils seraient, avec les symptômes négatifs, responsables de l'essentiel de la perte en qualité de vie (10) et en fonctionnement global (5) (10) (11) (12) pouvant participer au handicap chez ces patients.

II. La schizophrénie : un handicap

1. Définition du Handicap

Longtemps centrée sur le contrôle des symptômes de la maladie, la notion de santé a évolué. L'OMS la définit déjà depuis 1984 comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité »(13).

L'OMS propose une première définition du Handicap en 1980, revue en 2001 dans la « classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé mentale » (CIF). A contrario de sa première version, il ne s'agit plus de centrer le handicap sur la maladie et ses conséquences fonctionnelles, mais comme une « interaction non prédéfinie entre un problème de santé et des facteurs personnels et environnementaux ».

Ainsi, la CIF définit le handicap comme un processus dynamique : des altérations des fonctions organiques et/ou de structures anatomiques, appelées déficiences, entraînent des limitations d'activités, des restrictions de participation, correspondant au « handicap ». Ce processus va être modulé par des facteurs personnels et des facteurs environnementaux. (14)

2. Loi du Handicap de 2005 : droit à « compensation »

La notion de handicap psychique est reconnue en France par la loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » du 11 février 2005, dite loi du Handicap : « 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. » (15).

Cette loi détermine l'accès, aux patients qui en font la demande, à la reconnaissance d'un statut de personne handicapée et à certaines prestations de compensation de leur handicap, qu'elles soient de nature financières, professionnelles, légales ou médico-sociales. Cette Loi est aussi l'occasion de revoir la formulation du handicap telle que présente auparavant dans la Loi. Ainsi le terme de « personne handicapée » utilisé pour définir les individus victimes de handicap est préféré à celui de « handicapé », montrant une évolution dans la manière de percevoir l'individu. Y est également réaffirmé la priorité de l'accès à la scolarité, à l'emploi, à la citoyenneté et à la participation à la vie sociale.

3. Schizophrénie : clinique du handicap

La schizophrénie est responsable d'un fort handicap psychique pour les patients qui en souffrent. Selon l'OMS c'est la huitième cause de handicap des sujets âgés de 15 à 44 ans dans le monde. (12)

Ce handicap est, chez les patients souffrant de schizophrénie, la résultante de déficiences dans les fonctions psychiques. Elles correspondent aux troubles psychotiques décrits précédemment et aux troubles cognitifs observés à tout stade de la maladie. Ainsi des altérations cognitives et des symptômes prodromiques non spécifiques peuvent être présents 2 à 5 ans avant l'émergence du trouble. Ils vont être responsables de limitations dans les compétences sociales et relationnelles de ces patients, dans leur capacité à mettre en œuvre certains actes de la vie courante et occasionner de fortes ruptures sociales et professionnelles.

Des études montrent que 11.5% des personnes souffrant de schizophrénie ont accès à un emploi, soit un taux bien plus faible que celui de 62.2% dans la population générale, et ce alors même que 50 à 73% d'entre elles déclaraient vouloir travailler. (13)

Pour ce qui est des prestations sociales, on note en 2005-2006 que 11.5% des 600 000 personnes qui ont perçu une Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) présentaient un trouble schizophrénique(13).

Au-delà de l'insertion socio-professionnelle et du handicap, il faut souligner la souffrance vécue par les personnes atteintes de schizophrénie, qui peut être d'origine multifactorielle : le caractère chronique et l'insuffisance des moyens thérapeutiques existant ainsi que des symptômes délirants et hallucinatoires souvent mal vécus par les patients. Enfin on peut ajouter l'image négative véhiculée par cette pathologie au sein de la société et probablement chez les patients eux-mêmes.

III. Schizophrénie : modalités de prise en charge

1. Les neuroleptiques : le traitement de référence

L'origine des thérapeutiques médicamenteuses dans la schizophrénie remonte aux années 1950, avec la découverte de la Chlorpromazine, qui montrait alors pour la première fois une efficacité sur les symptômes positifs de la maladie. Ce traitement fût le premier de la nouvelle famille pharmacologique baptisée « Neuroleptique ». Ces traitements étaient responsables d'effets secondaires moteurs extrapyramidaux, parallèlement à leurs effets thérapeutiques. C'est l'apparition d'une nouvelle sous famille, celle des neuroleptiques « atypiques » ou dits de « seconde génération », dans les années 1990 qui a permis de montrer que les effets neuro-moteurs n'étaient pas nécessaires aux effets thérapeutiques.

Pour cette raison ces derniers sont actuellement indiqués comme traitement de première intention dans la schizophrénie. Ils ont pour but la rémission ou le contrôle des symptômes positifs de la maladie

Certaines de ces molécules ont été développées dans l'optique de prendre également en charge les symptômes négatifs de la maladie, mais leur efficacité dans ce domaine reste marginale(16) et n'est pas prise en compte dans les stratégies médicamenteuses actuelles.

2. Alternatives non médicamenteuses

Les traitements par Electro-Convulsivo-Thérapie (ECT) ou par stimulation magnétique trans-crânienne (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation ou RTMs) peuvent être une alternative au traitement par neuroleptiques(17). Elles ne sont pas des thérapeutiques de première ligne et sont souvent utilisées en traitement adjuvant. Leurs indications sont la symptomatologie positive résistante, une intolérance ou une contre-indication à une ou plusieurs lignes de traitement usuel(18).

La possible utilisation de la RTMs dans le traitement des troubles cognitifs et les symptômes négatifs semble prometteuse, mais les résultats des études actuelles restent contrastés et la diffusion de ce traitement à l'ensemble des patients est difficilement envisageable(17) (19) (20).

IV. Schizophrénie et rétablissement

1. Historique et évolution

Le mouvement en faveur du rétablissement en santé mentale est relativement récent. Remontant aux années 90, il est connu dans les pays anglo-saxon sous le nom de « recovery ». Il a été initialement impulsé par des patients et des associations de patients souffrant de schizophrénie. Ce mouvement s'est organisé comme une opposition au système et aux conceptions du soin de l'époque, dans une volonté de retrouver une place dans la communauté. (21)

Il a également été étayé par les grands travaux de recherche, de la fin des années 1980 aux années 2000, sur le devenir des patients psychotiques chroniques réalisés aux États-Unis. Ces travaux remettent alors en question l'hypothèse pessimiste prédominante sur le devenir des patients en montrant qu'une majorité de patients souffrant de troubles psychiques graves progressent au-delà d'une simple stabilisation.(22)

En parallèle naît l'Association Mondiale pour la Réhabilitation Psychosociale (AMRP ou WARP) qui est aujourd'hui une ONG regroupant l'ensemble des professionnels travaillant en santé mentale, mais aussi des représentants des usagers, des familles, et des acteurs de la société civile contribuant à l'édification du système de santé. Elle publie, en partenariat avec l'OMS en 1996 les principaux objectifs et axes de la pratique de la réhabilitation psychosociale, largement inspirés des concepts du rétablissement : « réduction des symptômes de la maladie mentale et des éventuels effets secondaires des traitements médicamenteux, développement des compétences sociales, travail d'information et de lutte contre la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux organisation des actions autour de la place centrale de l'utilisateur et accompagnement des familles et des proches ». (23)

2. Deux concepts : réhabilitation et rétablissement

La réhabilitation correspond aux services et aux techniques qui sont mis en place pour les personnes ayant des incapacités afin qu'ils puissent apprendre à s'adapter à leur monde. Le rétablissement, quant à lui, fait référence à l'expérience vécue ou à la « vraie vie », des personnes souffrant de troubles mentaux graves, qui l'acceptent et qui surmontent le défi de leur incapacité.

En pratique, le processus de rétablissement est le fondement même sur lequel se construisent les services de réhabilitation. C'est au travers du processus de rétablissement que les personnes ayant des incapacités deviennent actives et courageuses et qu'elles investissent leur projet de réhabilitation. (24)

En tant que concept, le rétablissement reste cependant mal aisé à définir, car il n'en existe pas de définition consensuelle. Il peut être schématiquement découpé selon deux approches, opposées, mais complémentaires : la dimension subjective et la dimension objective.

- La dimension subjective : « être en rétablissement »

C'est l'approche qui prend en compte la trajectoire individuelle, dite « expérientielle », de l'individu. Le rétablissement est comme un processus, présentant un certain nombre d'étapes, que l'individu va progressivement franchir au cours de sa vie, apprenant, par avancées et par reculs, à vivre une existence satisfaisante et ouverte sur l'avenir malgré les limitations imposées par la maladie. Ainsi, dans la logique de rétablissement, une rechute ou une nouvelle hospitalisation ne doivent pas être perçues comme un échec, mais plutôt comme une expérience permettant à l'individu d'apprendre et de grandir.

Andreasen propose dans ses travaux un modèle en cinq étapes de ce processus :

- « Le moratoire » : c'est le sentiment d'impuissance et de perte d'espoir vis-à-vis du futur né de l'apparition des troubles ou de l'annonce diagnostique, l'individu peut se troubler alors dans une attitude de dépendance vis-à-vis de la psychiatrie ou au contraire dans le déni de sa pathologie et en opposition face aux soins.

- « La conscience » : l'individu va prendre conscience que son identité n'a pas à être confondue avec cette pathologie et qu'il peut prendre en main certaines choses pour viser à améliorer sa destinée.
- « La préparation » : la prise de conscience est alors suivie de la construction d'un projet, celui-ci prenant en compte ses forces et ses faiblesses.
- « La reconstruction » : c'est la phase de travail de l'individu. C'est la phase de mise en place d'un projet durant laquelle l'individu prend peu à peu à son compte la responsabilité dans la gestion de sa maladie.
- « La croissance » ou « stade de la résilience » : c'est la capacité à faire face devant les nouvelles épreuves de la vie.(25)

On peut noter que cette conception et ce modèle se rapprochent de ceux de la trajectoire du deuil ou de l'approche trans-théorique du changement volontaire.

- La dimension objective : « être rétabli »

Cette seconde approche, traduction littérale du terme rétablissement : « être rétabli », repose sur l'idée d'une évolution favorable possible pour le patient. Elle est ainsi en contradiction avec les définitions classiques d'une détérioration inéluctable de la schizophrénie. Le rétablissement est ici perçu comme une finalité, un objectif théoriquement atteignable et donc mesurable.

Précisons cependant qu'il ne faut pas confondre rétablissement et guérison. Si la guérison implique la disparition des processus pathogènes, le rétablissement implique lui, la diminution voire la disparition des manifestations cliniques et de ses répercussions. Ainsi l'arrêt des traitements médicamenteux et l'absence de rechute ne constituent pas des critères de rétablissement.

On peut ainsi citer la définition proposée par Withley et Drake en 2010 (26) ; qui s'appuie sur les travaux de l'OMS sur le Handicap, sur l'état de complet rétablissement qui serait « l'atteinte d'un niveau de satisfaction personnelle et de santé dans les différentes dimensions du fonctionnement de la personne » : clinique, mais aussi existentielle, fonctionnelle, physique et sociale.

3. Regard sur le système de soin Français actuel

Dans les suites de la politique de désinstitutionalisation des patients souffrant de troubles mentaux sévère, la France s'est dotée d'une organisation en santé mentale originale. Celle-ci s'appuie sur des secteurs géographiques auxquels sont rattachées des structures de soins hospitalières (hospitalisation temps plein et de jour) et ambulatoires : Centre Médico Psychologique (CMP) et Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

Cette organisation repose sur deux principes fondamentaux énoncés dans la circulaire du 15 mars 1960. D'une part, le droit de tout patient à une vie « dans la cité » est favorisé par une thérapeutique adaptée organisée en coordination avec les acteurs familiaux et administratifs. D'autre part, un découpage administratif et géographique du territoire national en « secteur » sanitaire est mis en place, assurant la continuité des soins, par une même équipe, hospitalière et ambulatoire, au plus près des individus. (23)

La force de cette organisation a été de rapprocher les services de soins des patients. Cela a permis une approche globale des soins du patient, allant du suivi ambulatoire, au plus près de son domicile, aux possibles hospitalisations lors de périodes de décompensation de sa maladie.

Une autre des caractéristiques de ce modèle d'organisation est sa vocation universelle. Cela conduit à l'acceptation par le secteur de soin de tous les patients requérant ses services sur son territoire. Cette caractéristique, issue du modèle républicain, vise à éviter l'exclusion et à assurer l'égalité des patients face aux soins.

Cependant cette politique de soin favorise le développement d'une offre de soin généralisée uniforme au détriment de services de soin spécialisés(27) et du fait d'une augmentation de la demande de soin, d'une saturation de ces services. Ceci limite les possibilités d'offres individualisées centrée sur les besoins spécifiques de chaque individu pourtant pilier essentiel du rétablissement.

De plus, cette organisation est restée purement sanitaire et l'articulation avec le secteur médico-social, qui est lui majoritairement composé d'acteurs associatifs est souvent considérée comme insuffisante. (23)

Ainsi, bien que précurseur sur l'aspect d'un rapprochement des soins de l'individu, le système de soin psychiatrique actuel présente plusieurs obstacles à la mise en place des pratiques issue des théories du rétablissement.

4. Le « rétablissement des professionnels »

Des obstacles à l'implémentation de soins de réhabilitation existent bien dans l'organisation du système de soins, mais ils sont aussi du fait des croyances des individus qui le composent. Rappelons que les acteurs de soins en France ont, pour certains, été en résistance face à l'introduction des concepts de handicap dans la maladie mentale et de réhabilitation, avec des prises de position telle que « les malades mentaux sont des malades, pas des handicapés » et « le projet de soin l'emporte sur le projet de vie ».(23)

Travailler au rétablissement de l'individu implique également un changement de paradigme chez les professionnels, car la relation « soignant/soigné » s'inscrit dans un contexte nouveau où la personne soignée passe de réceptacle de soin à personne utilisatrice des soins et acquiert en même temps un statut d'expert vis-à-vis de sa maladie. Le soignant lui voit son rôle passer à celui d'un consultant ou d'agent facilitateur au service de la personne (pair-aidant). La nouvelle relation à construire repose sur des attitudes comme l'acceptation inconditionnelle de la personne, la croyance dans son potentiel et la compréhension empathique de ses expériences.(28)

Plusieurs pays ont structuré leur organisation des soins psychiatriques autour des principes du rétablissement, donnant une place centrale aux soins de réhabilitation et aux possibilités d'insertion tels que le Canada ou encore la Nouvelle-Zélande.

V. Schizophrénie et soins de réhabilitation psychosociale

1. La réhabilitation : soins de prévention du handicap

De manière générale, la réhabilitation psychosociale se définirait comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques, au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans

la communauté(29)(30), dans un esprit de prévention et de compensation du handicap. Contrairement à une approche traditionnelle qui serait focalisée sur l'amélioration des déficits, la réhabilitation va viser à l'optimisation des forces et des ressources psychosociales de l'individu. Il s'agit donc de susciter l'espoir et de faciliter un engagement actif de la personne, dans le processus de soin en se basant sur les forces et ressources de la personne ainsi que sur les objectifs définis par celle-ci(31).

2. Quels outils à disposition des soignants

Quatre outils de soins de réhabilitation qui ont fait, et font encore l'objet de nombreuses études, sont aujourd'hui reconnus comme présentant un haut niveau de preuve d'efficacité dans la prise en charge de la schizophrénie (13). Le terme « interventions psychosociales » sera utilisé dans ce papier pour les décrire.

- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Développées dans les années 1950, les TCC ont initialement été utilisées dans le traitement d'autres affections psychiatriques comme les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité, pour lesquels, elles ont démontré leur efficacité.

Les TCC sont des programmes hautement structurés et standardisés. Elles peuvent être employées comme une prise en charge adjuvante à la chimiothérapie pour des personnes souffrant de schizophrénie et dont les symptômes psychotiques ne sont pas contrôlés par des médicaments. En effet une proportion importante de patients (entre 30 et 40%) (24), n'obtiennent qu'une rémission partielle des symptômes psychotiques. L'objectif est alors de diminuer l'intensité et la sévérité de ces symptômes.

Les TCC reposent sur différents modèles cognitifs qui présupposent que les symptômes psychotiques sont favorisés et renforcés par des mécanismes psychologiques. Les TCC essayent de les modifier en faisant prendre conscience au patient des conséquences comportementales et affectives que ces mécanismes peuvent avoir(32).

Lors des séances, les patients psychotiques doivent exprimer leurs symptômes psychotiques en examinant et en réévaluant leurs pensées et leurs perceptions d'expériences. Cela nécessite que le thérapeute accepte la perception de la réalité du patient (et la maladie et ses symptômes) pour pouvoir déterminer comment utiliser cette «mauvaise interprétation» pour aider le patient à gérer correctement ses problèmes de vie et ne peut se réaliser que dans un esprit de collaboration et d'alliance thérapeutique. Le patient est encouragé à participer activement en examinant les preuves pour et contre ses croyances angoissantes, en remettant en cause les schémas habituels de sa pensée et en utilisant son raisonnement et ses expériences personnelles pour développer des explications et des interprétations alternatives rationnelles et acceptables(33).

Depuis les années 1980, de nombreux essais contrôlés ont été réalisés sur les thérapies cognitives et comportementales dans la psychose. Une majorité de ces travaux arrive à des conclusions similaires : les TCC montrent une efficacité sur la réduction des symptômes positifs et sur l'amélioration du fonctionnement social. Plusieurs travaux ont précisé que ces thérapeutiques ont un effet de taille modéré sur les symptômes positifs et que les effets sont durables dans le temps (32).

- La remédiation cognitive

La remédiation cognitive se différencie des thérapies cognitives, qui ont pour but de changer les schémas et les croyances dysfonctionnelles. La remédiation cognitive a pour objectif de réduire l'impact des déficits cognitifs sur le fonctionnement quotidien des patients. Elle vise principalement des patients dont la maladie est stabilisée et dont le traitement médicamenteux est prescrit à dose minimale efficace (32).

Actuellement deux approches distinctes et complémentaires sont utilisées. La première appelée approche compensatoire (Compensatory Cognitive Training ou CCT) consiste en la mobilisation de mécanismes cognitifs intacts ou d'aides environnementales externes pour suppléer aux fonctions altérées. La seconde ou approche restauratrice (Cognitive Remediation Therapy ou CRT) consiste elle à améliorer les performances des fonctions altérées à travers des exercices répétés dont la difficulté sera augmentée graduellement (4).

Les soins de remédiation cognitive sont un des champs de la réhabilitation les plus étudiés dans la recherche sur la schizophrénie durant ces dernières années. De nombreuses études ont montré son efficacité sur la réduction des troubles cognitifs (34) (35) (36), des symptômes négatifs (37) de la schizophrénie, ainsi que sur l'amélioration de la qualité de vie des patients (38).

- La psychoéducation

La psychoéducation est la déclinaison psychiatrique de l'éducation thérapeutique (ETP). La Loi dite HPST n°2009-879 en donne une définition et selon l'article L1161-1 du Code de santé publique : « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ». Celle-ci n'est donc pas spécifique de la psychiatrie.

Elle peut être découpée en trois dimensions :

- la dimension pédagogique se centre sur la nature de l'information « quoi dire et comment »,
- la dimension psychologique concerne la révélation du diagnostic et permet d'accompagner le travail de deuil qui peut en découler,
- la dimension comportementale et cognitive qui s'attache à restaurer les compétences et à mobiliser les ressources dans le fonctionnement quotidien (par exemple dans la gestion du traitement...)(32).

Dans la mesure où elle est destinée à favoriser l'implication dans une prise en charge globale, la psychoéducation n'est pas utilisée seule mais en association, pour consolider le traitement psychopharmacologique et les autres soins non médicamenteux, dans le cadre d'une approche globale et pluridisciplinaire. Elle peut ainsi s'adresser au patient seul, à sa famille ou aux deux. Elle peut se réaliser en séance individuelle ou en groupe qui seront alors structurés avec la supervision d'un ou plusieurs soignants, le plus souvent psychologue ou infirmier.

Il existe des données de preuve sur l'efficacité de la psychoéducation dans la schizophrénie. Des méta-analyses montrent ainsi une efficacité sur l'évolution de la maladie avec une réduction du nombre de rechutes(39) (40), une réduction des ré-

hospitalisations (41) et une amélioration de l'observance thérapeutique (42) (43) (40). Des données suggèrent aussi de possibles améliorations sur le fonctionnement psychosocial (43) (40) et sur la qualité de vie (40).

- L'entraînement aux habiletés sociales

Issus des travaux de Libermann dans les années 1980 (44), ils peuvent se définir comme les comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs qui permettent de s'ajuster à la vie dans la communauté. C'est l'ensemble « des capacités spécifiques qui nous permettent de répondre à une situation sociale de façon compétente ».

Actuellement, les habiletés sociales sont conceptualisées sous la forme d'un modèle de traitement de l'information en 3 domaines :

- les habiletés réceptives qui font référence à la capacité d'identifier et de comprendre les paramètres importants d'une situation sociale.
- les habiletés décisionnelles qui se rapportent à la capacité de choisir une réponse appropriée à la situation sociale rencontrée et ainsi d'être capable de s'adapter.
- les habiletés comportementales qui sont les différents éléments verbaux et non verbaux de la réponse choisie : la posture, les expressions faciales, le ton ou le volume de la voix et le contenu de la réponse(32).

Des travaux ont montré que des programmes d'entraînement aux habiletés sociales pouvaient avoir une efficacité sur l'amélioration de compétences sociales (45) (46) (47) (48) telles que : la qualité de vie (45), le fonctionnement global (46), l'intégration dans la communauté et les capacités d'autonomisation du patient (49), les capacités du patient de mentalisation et l'identification de son état psychique(50), voire également des effets positifs sur les symptômes négatifs et les symptômes positifs de la maladie(46).

Ces améliorations semblent être proportionnelles à l'intensité des soins prodigués et pourraient se maintenir sur quelques années(49).

De manière individuelle, ces différentes interventions psychosociales ont montré des niveaux de preuves importants dans la prise en charge de la schizophrénie.

Cependant, il apparaît que les résultats seraient plus importants si ces interventions étaient associées entre elles ou intégrées dans des programmes de réhabilitation. (21) (24) (39)

VI. Etat des lieux en France

Si la réhabilitation s'est beaucoup développée comme un mouvement venant des usagers, elle s'appuie aussi, sur un panel d'outils ayant montré leur efficacité et sa faisabilité (remédiation cognitive, psychoéducation,...). Son développement est aujourd'hui appuyé par le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017 qui stipule que le rétablissement et l'inclusion sociale sont visés et qu'ils doivent être favorisés par des « soins notamment de réhabilitation » (Art. R. 3224-6.-I)(51).

Depuis quelques années, une organisation se met en place en France autour de certains acteurs de la réhabilitation. Ainsi dans ce cadre, le Comité Français pour la Réhabilitation Psychosociale (CFRP) a été créé en juin 1996 selon les statuts de l'AMR et avec pour principales missions de promouvoir la recherche dans le domaine de la réhabilitation, d'identifier et de recouper les expériences locales et d'organiser des manifestations scientifiques et de sensibilisation(52).

Parallèlement est mis en place depuis 2013 une organisation territoriale de la réhabilitation. L'objectif est double : permettre le développement d'une offre homogène et cohérente de soins de réhabilitation psychosociale à l'échelle du territoire et de garantir un accès pour tous à la réhabilitation(21).

Un centre ressource, structure non soignante, a été créé en 2015 et financé à ce jour par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Auvergne-Rhône-Alpes et de Nouvelle-Aquitaine. Il coordonne l'action de centres référents, met en œuvre des actions de formation, d'information et de recherche (cohorte de réhabilitation)(27).

Dans ces deux régions, des centres référents prennent en charge de vastes territoires de santé sur lesquels sont implantés des centres de proximités qui agissent à l'échelle d'un territoire plus restreint. Ces derniers disposent d'outils de base de réhabilitation (psychoéducation, remédiation cognitive et cognition sociale). Ils sont accompagnés par les centres référents dans leur développement.

Le centre ressource a constitué un répertoire de structures. A ce jour il existe 6 centres référents implantés à Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lyon, Grenoble, Limoges et Saint-Etienne. D'autres régions ont commencé à rejoindre ce dispositif en créant de nouveaux centres. Dans la région Occitanie il n'existe qu'une seule structure référencée comme centre de proximité, correspondant au CMP de MARENGO à Toulouse.

VII. Etat des lieux en Midi-Pyrénées

La réhabilitation est aujourd'hui un atout indispensable aux soins médicamenteux dans la prise en charge de la schizophrénie. Quatre prises en charge psychothérapeutique ont clairement montré leur efficacité dans la prise en charge de la schizophrénie.

Comme vu précédemment, de nombreuses initiatives voient le jour en France pour organiser la filière de réhabilitation psychosociale en France et la rendre accessible aux patients. Or il n'existe pas de données sur la répartition et l'accès à des soins de réhabilitation psychosociale dans la région Midi-Pyrénées. Seul le CMP Marengo, rattaché à l'Hôpital Marchant, est référencé comme proposant des soins de réhabilitation et comme partenaire par les équipes du centre de preuves de Lyon.

Il est probable que de nombreuses initiatives locales existent en dehors de la supervision du centre ressource de Lyon. Il apparaît important dans le cadre des travaux d'organisation de la réhabilitation en France de parvenir à identifier et à référencer ces initiatives(21).

Du fait des caractéristiques de la réhabilitation, le niveau de soins primaires (celui qui offre des soins de première ligne publique ou privée) ne semble pas l'échelon pertinent pour la mise en œuvre de ces prise en charge spécialisées (27).

Nous allons donc interroger durant cette étude : les centres hospitaliers (CH), les centres hospitaliers spécialisés (CHS), les centres hospitalo-universitaires (CHU), qui sont les établissements responsables de la gestion des secteurs de psychiatrie et les établissements privés et/ou associatifs compétents en santé mentale.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle conduite sur la région Midi Pyrénées, de janvier à juin 2018.

II. Objectif principal

L'objectif primaire de ce travail a été l'identification, au sein des structures de santé compétentes en santé mentale de la région Midi-Pyrénées, des initiatives locales ou des projets en cours d'élaboration visant à organiser des soins de réhabilitation psychosociaux à destination des patients adultes souffrant de schizophrénie.

III. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de l'étude ont été d'identifier et de référencer l'accès des patients aux interventions psychosociales décrites précédemment au cours de leur prise en charge, quels établissements en proposent à leurs patients et de savoir si leur accès est lié au développement d'une filière réhabilitation psychosociale.

Nous nous intéresserons également à déterminer les freins au développement de cette filière.

IV. Population cible

La population ciblée correspondait aux structures médicales habilitées en santé mentale de la région Midi-Pyrénées opérant comme établissement public, privé ou associatif.

Les établissements ne proposant pas de soin de psychiatrie adulte ou ne prenant pas en charge les patients atteints de schizophrénie ont été exclus de cette étude.

V. Recrutement de la population

Une liste complète des établissements opérant en santé mentale dans la région Midi Pyrénées a été réalisé avec l'appui des ARS, contactées en mars 2018, des départements de l'Ariège (09), de l'Aveyron (12), de la Haute-Garonne (31), du Gers (32), du Lot (46), des Hautes-Pyrénées (65), du Tarn (81) et du Tarn-et-Garonne (82).

Cette liste a été complétée par une recherche sur les moteurs de recherche non spécialisé (Google© et Pages Jaunes©) en usant des mots clés suivant : « hôpital » ET « psychiatrie » pour chaque département.

Les données ont été ensuite collectées au cours des entretiens téléphoniques réalisés avec un médecin de l'établissement. Celui-ci devait être :

- le médecin responsable de la/les structures de réhabilitation psychosociale
- ou un médecin coordonnateur de la structure (responsable de la CME, de pôle, de secteur)
- ou à défaut, un médecin psychiatre titulaire de l'établissement.

Un premier contact par mail était fait initialement avec la direction de la CME ou la direction administrative de la structure pour permettre d'identifier l'interlocuteur recherché.

VI. Recueil des données

Un rendez-vous était fixé avec l'interlocuteur identifié pour le recueil des données. Celui-ci était réalisé au cours d'un entretien avec l'aide d'un questionnaire semi dirigé défini au préalable.

Ce questionnaire comprenait quatre parties d'intérêt pour notre travail :

1. caractéristiques de la structure et de leurs patients pris en charge ;
2. identification des initiatives locales ou des projets en cours d'élaboration visant à organiser des soins de réhabilitation psychosociaux. Un temps d'échange plus long pouvait suivre à la suite de cette question pour préciser l'organisation des services concernés ;

3. identification des types d'interventions psychosociales disponibles à destination des patients schizophrènes. Était recherché spécifiquement l'accès à des soins de remédiation cognitive, d'entraînement aux habilités sociales, de psychoéducation et de TCC ;
4. une dernière partie ouverte permettait d'aborder les attentes et les freins au développement des soins de réhabilitation.

Une première maquette du questionnaire a été utilisée lors de deux premiers entretiens tests, la version finale de celui-ci a été employée pour l'ensemble des entretiens.

RESULTATS

I. Recrutement de la population

22 structures de soins habilités en santé mentale ont été retenues, 11 établissements publics correspondant à 2 CHU, 4 CHS, 5 CH et 11 établissements privés, après exclusion des structures ne proposant pas de prise en charge pour patients adultes schizophrènes. Elles étaient réparties comme telles :

Lot	Aveyron		Ariege	Hautes Pyrennees			Tarn et Garonne		Tarn	
CH Camille Miret	CHS Ste Marie	CH Millau	CH Ariège Cousserand	CH Lannemezan	Clinique Lampre	Clinique Korian Pietat	CH Montauban	Lou Camin	CH Lavour	CH Bon Sauveur

Gers		Haute Garonne								
CHS du Gers	Clinique d'Embatz	CHS Marchant	CHU Purpan	Clinique Beaupuy	Clinique Castelviel	Clinique des Cèdres	Clinique Aufrery	Clinique Montberon	Clinique Seysse	Clinique Marigny

Toutes les structures retenues ont pu être contactées et interrogées.

II. Critère de jugement principal

Parmi les 22 structures interrogées, 11 ont répondu avoir mis en place un ou plusieurs service de réhabilitation psychosociale. Cela correspond à 50% des établissements interrogés.

Parmi les 11 établissements, 9 (soit 82%) étaient des établissements publics. Il s'agissait : du CHS Camille Miret, du CHS Sainte Marie, du CH de Lannemezan, du CH de Montauban, du CH Lavour, du CH du Bon Sauveur, du CHS du Gers. Les 2 établissements (soit 18%) restant étaient privés : la clinique des Cèdres à Cornebarrieu en Haute-Garonne et l'institut Lou Camin à Montauban dans le Tarn et Garonne.

Parmi ces 11 initiatives, si 9 étaient déjà pérennes, 2 n'étaient qu'à l'état de projet lorsque cette étude a été réalisée : le CH de Marchant et le CH Ariège Couserans.

1. Caractéristiques des structures étudiées :

Celles-ci présentent pour point commun le concept de suivi individualisé du patient avec la constitution d'un projet de soin individualisé et réévalué au cours de la prise en charge. Ainsi est prévu dans le projet d'unité de chacune des structures interrogées que le patient soit acteur dans l'élaboration de son projet de soin. Le patient peut décider de son projet de soin accompagné par des professionnels de la structure incluant un psychiatre et un référent patient, qui était le plus souvent un(e) infirmier(e). Deux des structures : le CHS Camille Miret et le CHS du Gers, prévoyaient également la présence systématique d'un ou plusieurs proches du patient lors de ces réunions.

Parmi les 11 établissements concernés, pour 1 d'entre la prise en charge proposée était exclusivement ambulatoire, 6 d'entre eux proposaient une prise en charge exclusivement hospitalière et 4 des projets proposaient une double prise en charge ambulatoire et hospitalière.

Parmi ces 11 services de soins de réhabilitation interrogés, seuls 2 limitaient le recrutement des patients en fonction de leur secteur d'appartenance.

Pour 8 des 11 services l'accès aux soins proposé était limité aux patients présentant un « état clinique stable », soit une absence de symptômes psychotique au minimum.

2. Description des unités de réhabilitation et des établissements concernés

- CHS Camille Miret

Il coordonne 2 secteurs de psychiatrie adulte dans le Lot : les secteurs Nord et Sud.

Depuis 2010 a été constitué un pôle de réhabilitation supervisé par le Dr Casemajor. Cette activité est organisée autour d'une prise en charge ambulatoire à destination des patients schizophrènes du département, stabilisés ou non stabilisés, indépendamment de leur secteur d'appartenance, à leur sortie d'hospitalisation ou orienté par un CMP. Il propose également de prendre en charge des patients suivi en libéral.

L'objectif du service est l'accompagnement de jeunes patients présentant une pathologie encore débutante dans une démarche de rétablissement et de préservation du fonctionnel.

Ainsi il est mis en place un projet de soin individualisé du patient pouvant inclure de la psychoéducation du patient et de sa famille, en individuel ou en groupe, des entraînements aux habiletés sociales, de la remédiation cognitive et des TCC.

En complément est organisé un accompagnement à un retour à la vie quotidienne en collaboration avec le secteur associatif autour de 4 places d'appartements thérapeutiques.

- CHS Sainte Marie

L'établissement coordonne les 4 des 5 secteurs du département de l'Aveyron. Le sud du département étant rattaché au CH de Millau.

Depuis 2015 une filière de réhabilitation, actuellement supervisée par le Dr Kivitz, a été constituée autour de deux unités. Une unité ambulatoire, le centre de réhabilitation psychosociale, est organisée sur un centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) intersectoriel et coordonne également une équipe mobile et 16 places en appartement relais. Une seconde unité hospitalière de soin et de réhabilitation prend en charge sur 17 lits des patients stabilisés en fin d'hospitalisation. Elle coordonne également 5 places d'appartements thérapeutiques et un réseau de 40 places d'accueil familial et thérapeutique.

A l'admission du patient, un projet individualisé est mis en place. Les soins proposés sont la remédiation cognitive, des TCC, de la psychoéducation et de l'entraînement aux habiletés sociales.

- CHS de Lannemezan

Le CH de Lannemezan coordonne 3 secteurs de psychiatrie adulte correspondant au département des Hautes Pyrénées et au sud du département de Haute Garonne.

Des soins de réhabilitation sont proposés au sein de 3 unités dites de réadaptation à destination des patients stabilisés au décours de leur hospitalisation. L'établissement

possède également une unité ouverte aux patients ambulatoires. Le médecin coordonnateur des unités de réhabilitation est le Dr Caudrier.

Les soins proposés incluent la mise en place d'un projet individualisé, des soins de TCC et de psychoéducation, ainsi qu'un accompagnement vers le milieu médicosocial.

- CH de Montauban

Le CH de Montauban organise les soins des 3 secteurs du département du Tarn et Garonne. Les médecins référents sont le Dr Houot et le Dr Amaya.

Une unité intersectorielle « Esther » mise en place en début d'année accueille des patients stabilisés en fin d'hospitalisation. Un projet de soin individualisé est réalisé avec chaque patient. Cela inclut l'accompagnement du patient vers sa sortie, un travail des habiletés sociales, de la remédiation cognitive mais aussi des ateliers de psychoéducation. Y interviennent conjointement les équipes psychiatriques des 3 secteurs de psychiatrie.

- Unité Lou Camin

C'est un établissement associatif privé situé dans la ville de Montauban dans le Tarn et Garonne. Il comprend une unité d'hospitalisation longue durée supervisée par le Dr Houot.

Le projet d'établissement est l'accompagnement des patients vers le rétablissement. Il est accessible sans exigence de sectorisation pour des patients bien stabilisé en forte rupture sociale et professionnelle. Chaque patient bénéficie dès l'admission d'un projet individualisé. Le suivi peut se poursuivre après sa sortie d'hospitalisation complète sur 2 places d'appartement thérapeutique ou en hôpital de jour.

Les soins proposés incluent de la psychoéducation, un projet de formation à des programmes de remédiation cognitive et d'entraînements aux habiletés sociales est également prévu.

- CH Lavour

Le CH de Lavour organise 2 des 5 secteurs de psychiatrie du Tarn autour des villes de Castres et de Lavour.

Une unité de réhabilitation : le centre postcure de Fiac, coordonnée par le Dr Marty accueille les patients stabilisés du secteur en sortie d'hospitalisation, dans un objectif de réinsertion socio-professionnelle pour des patients dit chronique en rupture socio-professionnelle. Le projet s'appuie sur une évaluation neuropsychologique de chaque patient et est individualisé. Il n'est pas proposé à ce jour d'intervention psychosociale structuré.

- CH du Bon sauveur d'Albi

L'établissement coordonne les 3 secteurs restant du département du Tarn.

La filière de réhabilitation est supervisée par le Dr Arevalo, elle se compose de deux unités. Un CATTP proposant un programme de soins de réhabilitation psychosociale de remédiation cognitive et de psychoéducation. Il est réservé aux patients stables et est intersectoriel. L'unité d'hospitalisation Sainte Claire, elle, est destinée à des patients stabilisés avec pour objectif un accompagnement du patient vers la sortie. L'unité est également intersectorielle et est accompagnée par une équipe mobile pouvant intervenir après la sortie.

- CHS du Gers

Le CHS du Gers coordonne les 3 secteurs de psychiatrie du Gers.

Le service de réhabilitation intersectoriel est supervisé par le Dr Fratescu. Il propose un suivi individualisé, avec une évaluation neuropsychologique de chaque patient, une évaluation de l'autonomie du patient à l'aide d'échelle de motivation et d'autonomie sociale et une approche inclusive des familles. Les patients sont amenés à intervenir sur une unité « marminos » accompagnant une démarche de réinsertion sociale et investissement dans la vie civique. Il n'est pas cependant proposé d'intervention psychosociale structurée. Il est complété par un service d'appartement thérapeutique.

- CH Marchant

Il coordonne 7 des 8 secteurs du nord du département de Haute Garonne, le sud du département étant rattaché au CHS de Lannemezan.

La constitution d'un centre de réhabilitation psychosociale, confié aux Dr Boucard et Gallet, est actuellement en projet. Il est prévu que ce projet voit le jour en décembre 2018. A terme cette structure prendra en charge les patients souffrant de schizophrénie, hospitalisés dans une des unités de suite de l'établissement et dont l'état clinique est stabilisé, quel que soit leur secteur de rattachement. L'objectif est avant tout de s'adresser aux patients présentant les plus grandes difficultés de réinsertion psychosociale.

Les soins proposés incluent la réalisation de bilan neuropsychologique, d'entraînement aux habiletés sociales et de remédiation cognitive. Les soins seront coordonnés avec les équipes des unités de suite, des centres postcures et des appartements thérapeutiques de l'établissement. Ses autres missions seront la constitution de réseaux avec des partenariats externes et des missions de sensibilisation.

- Clinique des Cèdres

C'est une clinique privée installée dans la métropole Toulousaine à Cornebarrieu.

Un Hôpital de jour (HDJ), supervisé par le Dr Picat, accueille des patients quel que soit leur secteur d'appartenance. Il s'adresse à des patients bien stabilisés à même de s'investir dans les activités proposées par le service. Celles-ci sont très diverses et incluent un projet qui est individualisé ainsi qu'une évaluation neuropsychologique. Il est proposé également des ateliers de remédiation cognitive et d'entraînement aux habiletés sociales, des TCC mais aussi de psychoéducation.

- CH Ariège Couserans

Il coordonne les secteurs de psychiatrie adulte du département de l'Ariège.

Actuellement à l'état de projet, il est prévu un pôle de réhabilitation à destination de patients présentant des troubles de l'humeur ou des troubles psychotiques stabilisés. Il sera organisé sur deux types de prise en charge : intra hospitalière et extra

hospitalière. Une activité ambulatoire qui doit se mettre en place sur un Hôpital de jour (HDJ) à Pamiers en complément du CMP et sur lequel seront disponibles des soins de remédiation cognitive avec la mise en place de prise en charge individualisée. Une unité intersectorielle intra hospitalière de réhabilitation viendra accompagner une équipe d'ergothérapie déjà en place avec 20 lits d'hospitalisation au sein duquel les soins proposés incluent des soins de remédiation cognitive, de psycho éducation et de TCC.

III. Critères de jugement secondaire

1. Interventions psychosociales proposées par chaque établissement

	Psychoéducation	Entraînement aux habiletés sociales	Remédiation cognitive	TCC
CH Camille Miret	✓	✓	✓	✓
CHS Ste Marie	✓	✓	✓	✓
CH Millau	-	-	-	-
CH Ariege Couserans	✓	✓	✓	-
CH Lannemezan	✓	-	-	✓
Clinique Lampre	✓	-	-	✓
Clinique Korian Pietat	✓	✓	-	✓
CH Montauban	✓	✓	✓	-
Lou Camin	✓	-	✓	-
CH Lavar	-	-	-	-
CH Bon Sauveur	✓	-	✓	-
CHS du Gers	-	-	-	-
Clinique d'Embatz	-	-	-	-
CHS Marchant	✓	✓	✓	✓
CHU Purpan	✓	✓	-	✓
Clinique Beaupuy	-	-	-	-
Clinique Castelvieu	-	-	-	-
Clinique des Cèdres	✓	✓	✓	✓
Clinique Aufrery	✓	-	-	✓
Clinique Montberon	-	-	-	-
Clinique Seysse	✓	-	-	-
Clinique Marigny	-	-	-	-

2. Détails pour chacune des interventions

Parmi les 22 structures interrogées, 8 ont répondu ne proposer aucune des 4 interventions psychosociales recherchées, et ce indépendamment de l'existence d'une unité de réhabilitation psychosociale.

Plus précisément sur ces 8 établissements, 6 d'entre eux étaient des établissements privés (soit 6 des 11 établissements privés interrogés). Il s'agissait de la clinique Lampre, de la clinique Korian Pietat, de la clinique Beaupuy, de la clinique Castelvieu, de la clinique Montberon et de la clinique Marigny. Seuls 3 établissements publics ne proposaient aucunes des interventions parmi les 11 établissements publics interrogés, il s'agissait des CH de Millau, du Gers et de Lavar.

De même parmi les 22 établissements interrogés seul 4 proposaient chacune des 4 interventions psychosociales étudiées. Il s'agissait de CHS Sainte marie, CH Camille Miret, CH Marchant et de la clinique des Cèdres.

3. Intervention psychosociale la plus fréquente

La psychoéducation, proposée dans 14 établissements sur les 22, était l'intervention la plus souvent disponible. L'entraînement aux habiletés sociales, la remédiation cognitive étaient chacun disponibles dans 8 des 22 établissements, les TCC étaient disponibles dans 9 des 22 établissements interrogés.

4. Comparatif établissement publique et privé

Pour chacune des interventions recherchées, elles étaient plus fréquemment proposées par les établissements publics que par les établissements privés. Respectivement, la psychoéducation était disponible dans 8 des 11 établissements publics et dans 6 des 11 établissements privés. Pour l'entraînement aux habiletés sociales et pour la remédiation cognitive dans 6 des 11 établissements publics et dans 2 des 11 établissements privés. Pour les TCC dans 5 des 11 établissements publics et dans 4 des 11 établissements privés.

5. Question ouverte

Nous avons choisi de ne pas inclure ici les réponses à la quatrième partie du questionnaire, question ouverte car n'ayant pas fait l'objet d'une analyse qualitative permettant une exploitation rigoureuse. Elles seront par contre discutées dans la discussion comme piste de réflexion.

DISCUSSION

Notre étude s'est intéressée à la diffusion des pratiques de réhabilitation dans les différents centres de soin de la région. Conformément à notre postulat initial, nous avons pu confirmer qu'il existait bien des programmes de réhabilitation psychosociale organisés localement au sein des établissements de santé mentale de la région et définir leurs caractéristiques ainsi que leurs limites, permettant d'avoir un aperçu global du développement de cette offre de soin en Midi-Pyrénées.

La réinsertion psychosociale est une réalité dans la région Midi-Pyrénées avec des filières présentes dans 7 des 8 départements. Dans le détail, ces projets sont majoritairement l'œuvre de l'offre publique représentant 9 des 11 des établissements concernés contre seulement 2 établissements privés.

La couverture incomplète peut de plus s'expliquer par le fait que la réhabilitation semble dans une phase d'expansion avec une part importante de projets récents ou en refondation, comme c'est le cas pour l'hôpital Marchant.

I. Des initiatives locales, une filière peu structurée

1. Des unités hétérogènes

Nous ne retrouvons pas de schéma directeur dans ces différentes initiatives. Celles-ci sont très variables d'un établissement à l'autre que ce soit par l'organisation des structures de soin mises en place, les objectifs de soins et les thérapeutiques mises à disposition.

Il existe différents types d'organisation. Cela pouvait concerner des unités hospitalières de réhabilitation, des équipes de soin mobiles, des unités ambulatoires, CMP, hôpitaux de jour ou CATTP. Certaines initiatives, comme dans le cas du CH d'Albi, peuvent associer plusieurs unités différentes.

Les objectifs de soins portés par ces services sont également variables : ainsi, nous avons vu que pour certaines de ces structures, l'objectif de soin premier est centré sur la sortie d'hospitalisation (par exemple le CHS de Lannemezan) et la réinsertion

sociale et professionnelle du patient, alors que pour d'autres, l'objectif sera le rétablissement psychique de l'individu (par exemple l'unité Lou Camin) ou son rétablissement fonctionnel (par exemple le CHS Camille Miret).

Enfin les différents types de soin mis à disposition varient également d'une structure à l'autre. Si des soins de psychoéducation sont proposés systématiquement, il n'en est pas de même pour la remédiation cognitive, l'entraînement aux habiletés sociales et l'accès à des TCC.

2. Une offre de soins peu coordonnée

Nous ne retrouvons pas encore de coordination dans l'organisation de ces projets au sein de la région. Leur création est dépendante avant tout de la volonté et des politiques de santé des établissements concernés.

Lors de la réalisation de cette étude nous avons constaté que seules les ARS de Haute Garonne, de l'Aveyron et du Lot étaient en mesure de nous fournir des informations concernant les projets de soins de réhabilitation psychosociaux des établissements présents sur leurs territoires. Cela semble montrer que cette filière n'est pas à ce jour identifiée comme telle et ne bénéficie pas d'un suivi spécifique. Or le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale rappelle le rôle des ARS dans la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social.

II. Un projet de réinsertion ou de réhabilitation psychosociale ?

1. L'individu acteur de sa prise en charge

Une prise en charge individualisée est, comme nous l'avons vu en introduction, essentielle dans un projet visant au rétablissement de l'individu. Cet aspect était présent dans chacune des structures identifiées.

2. La stabilité clinique, une condition pour entrer dans un processus de réhabilitation ?

Parmi les projets que nous avons identifiés, certains d'entre eux n'incluaient que des patients stabilisés dans leurs programmes de soins. C'est-à-dire que les soins prodigués ne commençaient qu'en fin d'hospitalisation et/ou chez des individus ne présentant pas de symptômes psychotiques prononcés. On peut certes expliquer ce choix par une volonté d'assurer la qualité du cadre de soin et de l'alliance thérapeutique. Mais deux interrogations persistent :

- Premièrement, la stabilisation est ici posée comme une condition d'entrée dans des soins de réhabilitation alors même que l'obtention d'une stabilité clinique est un des objectifs d'une démarche de réhabilitation, comme nous l'avons vu précédemment. Cela peut sembler paradoxal et c'est probablement à l'origine d'une importante perte d'efficacité. Ceci a été notamment démontré lors de travaux autour des approches de « soutien à l'emploi » ou « supported employment » dont le principal : « [l'] Individual Placement and Support » (IPS). Ceux-ci ont montré une supériorité vis-à-vis des modèles traditionnels en s'appuyant sur des concepts comme : « zéro exclusion » et « place and train ». Ils sont des exemples qui nous appellent à sortir des considérations et craintes traditionnelles vis-à-vis de la maladie mentale et du handicap.(53)
- Deuxièmement, en attendant la fin des soins aigus avant d'initier un projet de réhabilitation, on cloisonne de fait les soins aigus délivrés lors de périodes de décompensation d'une part et le projet de soin futur du patient d'autre part. Cela peut participer au sentiment d'aliénation ressenti par les patients durant leur prise en charge. (54)

III. Etat des lieux des interventions psychosociales

1. Une offre de soin globalement disponible, mais pas dans le privé.

L'analyse des établissements concernés montre que l'offre de soin de réhabilitation et les interventions psychosociales, que sont la remédiation cognitive, l'entraînement aux habilités sociales, la psychoéducation et les TCC, sont disponibles dans 14 des 22 établissements publics interrogés, le tiers restant ne propose aucune des prises en charge étudiées.

2. La psychoéducation presque toujours plébiscitée

Parmi les 14 centres proposant au moins une des interventions psychosociales étudiées, un seul a répondu ne pas inclure de programme de psychoéducation.

Deux points peuvent permettre d'éclairer ces choix. Tout d'abord par la place centrale que la psychoéducation peut prendre en charge des patients schizophrènes en ouvrant la voie à une acceptation de la maladie. Ainsi, le patient peut prendre l'initiative de ses soins et lui permettant un meilleur investissement des soins mis à sa disposition. Elle peut ainsi être un outil motivant et gratifiant pour les équipes de soin. Ensuite, le fort soutien aux ETP qui, on peut le penser, contribue également à son développement.

Les autres interventions étudiées sont, elles, beaucoup moins accessibles et sont présentes dans seulement 8 des 22 établissements interrogés.

3. Une offre complète encore exceptionnelle

Sur les 22 établissements interrogés seuls 4, affirmaient mettre à disposition de leurs patients l'ensemble des interventions recherchées. Cela reste très faible, surtout quand l'on sait que leur efficacité est plus importante lorsque proposées en association (33).

IV. Difficultés et freins au développement de la réhabilitation psychosociale

1. Un manque de sensibilisation et d'enseignement ?

Parmi les éléments rapportés dans la quatrième partie du questionnaire, le manque de sensibilisation aux soins de réhabilitation des professionnels de santé était la raison la plus fréquemment citée pour expliquer l'absence ou le retard au développement de ces soins, plus particulièrement concernant les établissements privés interrogés : soit qu'ils ne constituaient pas une priorité pour le professionnel interrogé, soit que celui-ci faisaient état d'un manque de soutien au niveau local pour le développement de cette filière.

2. Un manque de moyens en personnel ?

Le manque d'effectif médical ou paramédical et la difficulté de recrutement de personnels formés était la seconde raison la plus fréquemment rapportée. Elle était la première explication donnée pour justifier l'absence d'accès à une ou plusieurs interventions psychosociales par les patients.

3. La problématique du coût ?

Contredisant certaines idées reçues, cette question n'était abordée qu'en troisième position comme frein au développement de structure de soin.

Malgré toutes ces difficultés, il faut souligner la volonté de nombreuses équipes soignantes de développer cette filière de manière active avec des objectifs ambitieux.

V. Limites et perspectives

Lors de ce travail nous avons choisi une méthode de recueil de donnée via des entretiens téléphoniques appuyé par questionnaire semi-dirigés. Il est possible que ce choix soit à l'origine d'un biais déclaratif. Compte tenu de l'absence de référencement des filières de réhabilitations par l'ARS, le choix du questionnaire nous apparaissait comme la meilleure méthode de recueil de données. Il a été choisi des entretiens téléphoniques plutôt que des auto-questionnaires par mail pour limiter le risque de non réponse.

Nous avons limité la population cible de cette étude aux établissements de santé mentale et nous n'avons pas inclus les structures médicosociales ainsi que les cabinets libéraux. Il se peut donc que certaines de ces structures soient engagées dans une offre de soin psychosociale sans apparaître dans notre étude. Ce choix a été fait car de par leur diversité et le manque de référencement il nous est apparu préférable d'initier notre recherche sur des structures hospitalières identifiable au travers des ARS. De plus, de par leur taille ou car ne relevant pas du secteur sanitaire, elles n'ont un rôle d'organisation territoriale des soins sur leur territoire et donc ce qui ne permet pas d'en faire des acteurs clefs, telle que ceux s'organisant actuellement autour du centre ressource établis à Lyon.

A la fin de ce travail, nous avons observé certaines limites non identifiées au préalable. En effet, lors du recueil de données, le détail des interventions psychosociales proposées localement (type de programme proposé) n'avait pas été inclus dans le questionnaire. De même, les données concernant les files actives de patients et le nombre de place des unités de réhabilitation et des interventions psychosociales n'ont pas été recherchées. Il serait intéressant de compléter cette étude lors d'un nouveau travail pour mettre en perspective les résultats de cette étude avec les besoins de soin de chaque bassin de population concerné. Les hypothèses avancées par la question ouverte en fin de questionnaire nécessiteraient également d'être confirmées par de nouvelles études.

CONCLUSION

La schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique fréquente. Elle est caractérisée par un faible taux de rémission, un taux de mortalité augmenté, un handicap psychique et fonctionnel important. L'efficacité des thérapeutiques chimiques actuelles dans la prise en charge de cette maladie est encore limitée. On peut citer notamment leurs nombreux effets secondaires, les ruptures de soins et les représentations négatives qu'ils véhiculent. De plus leur efficacité est faible, voire nulle, dans le traitement des symptômes négatifs et cognitifs de la maladie, alors que ceux-ci sont au cœur du handicap ressentis par les patients.

Le concept de rétablissement est un concept qui a avant tout été portée par les patients et leurs familles. Il implique de repenser le soin et le rapport soignant-soigné. Il ne s'agit plus de penser l'individu comme ce malade schizophrène caractérisé par sa maladie et nécessitant des soins, mais comme un individu complexe présentant une multitude de dimensions parmi lesquelles se trouve la maladie dont il souffre et son souhait, malgré la maladie de retrouver et de construire une vie satisfaisante.

S'il n'existe pas encore de définition consensuelle pour le rétablissement, il est possible de l'aborder sous deux perspectives. Selon une approche « subjective », il s'agit de voir le rétablissement comme un processus dynamique, l'individu va être amené à repenser son rapport à sa maladie dans une démarche active et optimiste. Une seconde approche, dite « objective », où le rétablissement est vu comme un objectif à atteindre, évaluable et quantifiable, correspondant à l'obtention ou à la récupération d'un niveau de satisfaction personnelle et de santé incluant les différentes dimensions du fonctionnement de la personne c'est à dire clinique, existentielle, fonctionnelle, physique et sociale.

Les modèles du rétablissement et les prises en charge de réhabilitation ont vu le jour à partir de l'expérience des patients et des soignants autour de cette maladie. Les interventions issues de la réhabilitation psychosociale sont aujourd'hui validées scientifiquement dans la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie. Ils sont à même de venir pallier, de manière complémentaire, aux limites des thérapeutiques chimiques existantes, dans une démarche visant au rétablissement de l'individu.

Ce travail avait pour vocation d'explorer le développement des filières de réhabilitation et l'accès à des interventions psychosociales ayant fait la preuve de leur efficacité dans la prise en charge de cette maladie, au sein des établissements de santé de Midi-Pyrénées.

Les filières de réhabilitation mises en place dans ces établissements ont pu être identifiées. Nous avons cependant constaté que de nombreux établissements en sont encore dépourvus. Si la grande majorité des établissements du secteur public semblent avoir décidé d'investir ce domaine, ce n'est pas le cas pour les cliniques privées de la région. On constate peu de coordination dans la mise en place de ces filières de réhabilitation psychosociale de la région Midi Pyrénées. Elles présentent de fait une grande disparité dans leur développement et leur fonctionnement, certaines ne proposant d'ailleurs aucunes des principales interventions psychosociales existante ni de prise en charge ambulatoire pour leurs patients. A contrario, nous avons observé que certains des établissements n'ayant pas encore mis en place de filière de réhabilitation proposaient quant à eux une ou plusieurs des interventions psychosociales à leurs patients.

Les interventions psychosociales étudiées étaient majoritairement accessible dans les établissements du secteur public. Parmi ces interventions, la psychoéducation était la plus fréquemment disponible.

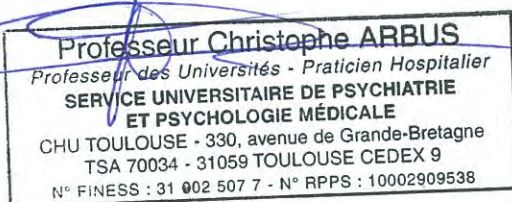
Le premier frein évoqué par les professionnels de santé interrogés faisant obstacle au développement de filières de réhabilitation était le manque de sensibilisation des professionnels de santé concernant les pratiques de réhabilitation.

Certains projets déjà pérennes nous montrent la faisabilité du développement de la réhabilitation psychosociale.

Ce travail constitue une ébauche de réflexion dans le développement des filières de réhabilitation en Midi Pyrénées, par la connaissance et la description des différentes structures existantes ou en projet. A l'image ou en lien avec le centre ressource établi à Lyon, la réhabilitation se doit de se développer en Midi Pyrénées pour une meilleure prise en charge des patients souffrant de schizophrénie, en tant que pratique clinique et thérapeutique ayant prouvé son intérêts et son efficacité, mais aussi comme concept réorganisateur de nos pratiques de soin.

Bien entendu d'autres études seront donc nécessaires pour compléter et vérifier les données de ce travail nous permettant ainsi d'améliorer nos pratiques.

Vu le président du jury
le 7/11/19



Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

8/11/19

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier Masson; 2015.
2. DREES, santepubliquefrance. L'état de santé de la population en France RAPPORT 2017 [Internet]. [cité 19 juill 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf
3. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de Psychiatrie Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie.
4. Raffard S, Gely-Nargeot M-C, Capdevielle D, Bayard S, Boulenger J-P. [Learning potential and cognitive remediation in schizophrenia]. *L'Encephale*. sept 2009;35(4):353- 60.
5. Kaneko K. Negative Symptoms and Cognitive Impairments in Schizophrenia: Two Key Symptoms Negatively Influencing Social Functioning. *Yonago Acta Med*. 18 juin 2018;61(2):91- 102.
6. Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP, Racenstein JM, Newman L. Social cognition in schizophrenia. *Psychol Bull*. janv 1997;121(1):114- 32.
7. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*. juill 1998;12(3):426- 45.
8. Mesholam-Gately RI, Giuliano AJ, Goff KP, Faraone SV, Seidman LJ. Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology*. mai 2009;23(3):315- 36.
9. Franck N. Chapitre 9 - Concept de théorie de l'esprit. In: Franck N, éditeur. *Traité de Réhabilitation Psychosociale* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 75- 81. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294759154000098>
10. Green MF, Harvey PD. Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophr Res Cogn*. mars 2014;1(1):e1- 9.
11. Rispaud SG, Rose J, Kurtz MM. The relationship between change in cognition and change in functional ability in schizophrenia during cognitive and psychosocial rehabilitation. *Psychiatry Res*. 30 2016;244:145- 50.
12. Mancuso F, Horan WP, Kern RS, Green MF. Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophr Res*. févr 2011;125(2- 3):143- 51.
13. OMS | Constitution de l'OMS: ses principes [Internet]. WHO. [cité 13 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/mission/fr/>
14. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève; 2001. 304 p.

15. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.
16. Erhart SM, Marder SR, Carpenter WT. Treatment of Schizophrenia Negative Symptoms: Future Prospects. *Schizophr Bull.* avr 2006;32(2):234 - 7.
17. Hasan A, Wobrock T, Palm U, Strube W, Padberg F, Falkai P, et al. [Non-invasive brain stimulation for treatment of schizophrenic psychoses]. *Nervenarzt.* déc 2015;86(12):1481 - 91.
18. HAS. GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE Juin 2007 SCHIZOPHRÉNIES [Internet]. [cité 13 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf
19. Lage C, Wiles K, Shergill SS, Tracy DK. A systematic review of the effects of low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation on cognition. *J Neural Transm.* 2016;123(12):1479- 90.
20. Teo W-P, Muthalib M, Yamin S, Hendy AM, Bramstedt K, Kotsopoulos E, et al. Does a Combination of Virtual Reality, Neuromodulation and Neuroimaging Provide a Comprehensive Platform for Neurorehabilitation? - A Narrative Review of the Literature. *Front Hum Neurosci.* 2016;10:284.
21. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive [Internet]. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. 2018 [cité 20 juill 2018]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/>
22. Tim GREACEN, Emmanuelle JOUET. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie . Eres; 2012.
23. Baro ÉG. Chapitre 18 - Implantation et développement de la réhabilitation psychosociale en France. In: Franck N, éditeur. *Traité de Réhabilitation Psychosociale* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 152- 61. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294759154000189>
24. Deegan PE. Chapitre 1 - L'expérience vécue du rétablissement. In: Franck N, éditeur. *Traité de Réhabilitation Psychosociale* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 9- 15. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294759154000013>
25. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry.* oct 2003;37(5):586 - 94.
26. Whitley R, Drake RE. Recovery: a dimensional approach. *Psychiatr Serv Wash DC.* déc 2010;61(12):1248 - 50.
27. Franck N. Introduction Où en est la réhabilitation psychosociale en France? In: Franck N, éditeur. *Traité de Réhabilitation Psychosociale* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 1- 6. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294759154100003>
28. Planas P, Rengade C-É. Chapitre 22 - Développement d'une filière de soin psychiatrique en faveur du rétablissement: l'expérience neuchâteloise. In: Franck N, éditeur. *Traité de Réhabilitation Psychosociale* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 187- 205. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294759154000220>

29. Morin L, Franck N. Chapitre 2 - Valeurs de la réhabilitation psychosociale. In: Franck N, éditeur. *Traité de Réhabilitation Psychosociale* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 16 - 25. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294759154000025>
30. Leguay D, Giraud-Baro É, Lièvre B, Dubuis J, Cochet A, Roussel C, et al. Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. *Inf Psychiatr*. 2008;me 84(10):885 - 93.
31. Rebelle S, Arnaud I, Melis F. Chapitre 30 - Plan de suivi individualisé (PSI). In: Franck N, éditeur. *Traité de Réhabilitation Psychosociale* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 263 - 72. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978229475915400030X>
32. Hardy-Baylé M-C. Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique [Internet]. [cité 19 juill 2018]. Disponible sur: <http://cdppsm.fr/PDF/RAPPORT.pdf>
33. Chien WT, Leung SF, Yeung FK, Wong WK. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:1463 - 81.
34. McGurk SR, Twamley EW, Sitzler DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. déc 2007;164(12):1791 - 802.
35. Kurtz MM, Moberg PJ, Gur RC, Gur RE. Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev*. déc 2001;11(4):197 - 210.
36. Grynspan O, Perbal S, Pelissolo A, Fossati P, Jouvent R, Dubal S, et al. Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: a meta-analytical study. *Psychol Med*. janv 2011;41(1):163 - 73.
37. Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull*. 1999;25(4):657 - 76.
38. Sánchez P, Peña J, Bengoetxea E, Ojeda N, Elizagárate E, Ezcurra J, et al. Improvements in negative symptoms and functional outcome after a new generation cognitive remediation program: a randomized controlled trial. *Schizophr Bull*. mai 2014;40(3):707 - 15.
39. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. Cochrane Schizophrenia Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 9 avr 2015 [cité 20 juill 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010823.pub2>
40. Merinder LB. Patient education in schizophrenia: a review. *Acta Psychiatr Scand*. août 2000;102(2):98 - 106.
41. Morriss R, Vinjamuri I, Faizal MA, Bolton CA, McCarthy JP. Training to Recognize the Early Signs of Recurrence in Schizophrenia. *Schizophr Bull*. mars 2013;39(2):255 - 6.
42. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 juin 2011;(6):CD002831.

43. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD002831.
44. Liberman RP, Eckman T, Kuehnel T, Rosenstein J, Kuehnel J. Dissemination of new behavior therapy programs to community mental health centers. *Am J Psychiatry*. févr 1982;139(2):224 - 6.
45. Ottavi P, D'Alia D, Lysaker P, Kent J, Popolo R, Salvatore G, et al. Metacognition-oriented social skills training for individuals with long-term schizophrenia: methodology and clinical illustration. *Clin Psychol Psychother*. oct 2014;21(5):465 - 73.
46. Granholm E, Holden J, Link PC, McQuaid JR. Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Schizophrenia: Improvement in Functioning and Experiential Negative Symptoms. *J Consult Clin Psychol*. déc 2014;82(6):1173 - 85.
47. Almerie MQ, Okba Al Marhi M, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE, Maayan N, et al. Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 juin 2015;(6):CD009006.
48. Roberts DL, Combs DR, Willoughby M, Mintz J, Gibson C, Rupp B, et al. A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *Br J Clin Psychol*. sept 2014;53(3):281 - 98.
49. Bartels SJ, Pratt SI, Mueser KT, Forester BP, Wolfe R, Cather C, et al. Long-term Outcomes of a Randomized Trial of Integrated Skills Training and Preventive Health Care for Older Adults with Serious Mental Illness. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. nov 2014;22(11):1251 - 61.
50. Quilès C. Chapitre 12 - Métacognition. In: Franck N, éditeur. *Traité de Réhabilitation Psychosociale* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 101 - 11. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294759154000128>
51. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale | Legifrance [Internet]. [cité 13 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/SSAH1710848D/jo/texte>
52. Reh@bilite [Internet]. [cité 20 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.rehabilite.fr/>
53. Pachoud B, Allemand C. Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de « job coaching ») : une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. *L'Évolution Psychiatr*. janv 2013;78(1):107 - 17.
54. Reh Ab. REHAB 2014 SEANCE 1 [Internet]. [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?time_continue=2&v=OHKGB9_XkXA

Etat des lieux des soins de réhabilitation à destination des patients schizophrènes en Midi Pyrénées

La réhabilitation est une filière de soin en psychiatrie née d'un nouveau concept : le rétablissement. Il s'agit, pour les acteurs qui y sont engagés, de limiter le handicap fonctionnel, ce qui implique de réformer les pratiques psychiatriques et de repenser le rapport des patients à la maladie notamment dans le cas de la schizophrénie. Nous nous sommes intéressés dans ce travail à la place de la région Midi-Pyrénées dans le développement de cette filière.

Nous avons conduit une étude observationnelle sur la région Midi-Pyrénées, de janvier à juin 2018, au sein des structures compétentes en santé mentale et à l'aide d'entretiens téléphoniques semi dirigés. Nous avons identifié, les filières locales et les projets en cours d'élaboration visant à organiser des soins de réhabilitation psychosociale à destination des patients adultes souffrant de schizophrénie. La mise en place d'interventions validées relevant du champ de la réhabilitation psychosociale que sont les thérapies cognitivo-comportementales, la remédiation cognitive, les entraînements aux habiletés sociales et l'éducation thérapeutique a également été relevée dans ces établissements. Nous avons également recherché les freins éventuels au développement de cette filière.

Au sein de 22 structures, 11 publiques et 11 privées, nous avons référencé 11 filières dont 2 sont encore à l'état de projet. Celles-ci n'étaient pas organisées entre elles et présentaient peu de point communs. Seuls 14 des 22 établissements proposaient un des 4 outils de soins validés étudiés. L'offre de réhabilitation relevait majoritairement de l'offre publique. Le premier frein évoqué était la sensibilisation aux pratiques de réhabilitation des professionnels de santé mentale.

Ce travail donne quelques pistes pour favoriser le développement des filières de réhabilitation, permettre une meilleure coordination de ces structures afin d'améliorer l'offre de soin aux patients.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialisée clinique

Mots-Clés : réhabilitation psychosociale, rétablissement, schizophrénie, thérapie cognitivo-comportementale, remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, psychoéducation.

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Stéphanie LAFONT RAPNOUIL