

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1505

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement

par

Rafaèle COMBAUD

le 17 janvier 2020

**Analyse territoriale de l'offre de soins de réhabilitation
psychosociale dans la Communauté Psychiatrique de Territoire de
Haute Garonne et du Tarn Ouest : vers une coordination des
parcours de soins ?**

Directrice de thèse : Dr Nathalie BOUNHOURE

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Assesseur

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Assesseur

Monsieur le Docteur Jérôme BOUCARD

Assesseur

Madame le Docteur Nathalie BOUNHOURE

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. BOUNHOURS 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. FOURTANIER 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 RISMANN 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-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

P.U. - P.H.
2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ACCABLED Franck	Chirurgie infantile	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine interne	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE GAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie		
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	P.U. Médecine générale	
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prév.	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. BOYER Pierre	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. STILLMUNKES André	
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)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREUW 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.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. AFOIL Pol Andre	Immunologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
M. CAVAIGNAC Etiene	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme CORRE Jill	Hématologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
Mme de GUSEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme PERRROT Aurore	Hématologie ; Transfusion	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique	Mme VALLET Marion	Physiologie
		M. VERGEZ François	Hématologie
		M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	
Mme DUPOUY Julie		Mme ESCOURROU Brigitte	

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Martine

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

Serment d'Hippocrate

*Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples,
je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale,
de l'honneur et de la probité.
Je pratiquerai scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades,
mes confrères et la société.*

Remerciements

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

J'ai apprécié la qualité de votre enseignement et vous suis reconnaissante de l'implication et de votre engagement dans la formation des internes.

Je vous témoigne ici mon profond respect et mes sincères remerciements.

A notre directrice de thèse,

Madame le Docteur Nathalie BOUNHOURE

Je vous remercie pour votre confiance et l'honneur que vous me faites en dirigeant ce travail.

Je vous témoigne mon immense gratitude pour votre disponibilité et votre écoute.

Merci pour vos encouragements, votre bienveillance et le partage de votre enthousiasme pour la réhabilitation psychosociale. Ce n'est probablement que le début de notre collaboration !

A notre jury de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail.

Vos qualités pédagogiques ont été très appréciables au cours de ces quatre années d'internat.

Nous espérons que ce travail sera à la hauteur du respect que nous vous portons.

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail et nous vous en remercions.

Nous connaissons votre intérêt pour les apports de la réhabilitation psychosociale et vous sommes reconnaissantes pour votre engagement pour notre discipline.

Nous vous témoignons ici notre profond respect et nous espérons que ce travail vous donnera satisfaction.

Monsieur le Docteur Jérôme BOUCARD,

Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury et de juger ce travail qui, nous l'espérons saura retenir votre attention.

Je vous suis reconnaissante pour les échanges autour de ce projet et le partage de votre expérience.

Je vous témoigne ici toute la considération et le respect que je vous porte.

A ceux qui m'ont aidé pour ce travail,

Au Docteur Emmanuel GALLET, merci pour votre accueil dans ce projet et votre bienveillance,

Madame Séverine ROLLAND, merci pour votre disponibilité et vos encouragements,

Monsieur Florian CADY et Madame Corinne FORTIN, merci pour le temps que vous m'avez accordé et tout ce que vous avez pu m'apporter par nos échanges,

Madame Amélie PORTRON, merci d'avoir partagé avec moi votre travail,

L'équipe de Route Nouvelle, merci pour votre coaching de préparation et votre soutien.

A mes maîtres de stage

Je vous témoigne mes plus sincères remerciements pour m'avoir accompagnée, guidée, formée pendant ces quatre années. Merci à vous tous.

Une pensée particulière pour le Docteur MAUMONT. Merci Marie pour ta bienveillance, nos échanges riches, ton soutien dans une période difficile et ta confiance. Au-delà du cadre professionnel, tu m'as beaucoup apporté !

A l'ensemble des psychiatres du PIJ d'Albi, toute ma reconnaissance pour ce que vous m'avez apporté,

A tous les médecins de Lannemezan, merci pour votre accompagnement lors de mes premiers pas d'interne,

Au Docteur Cécile BATAILLON, merci pour ta confiance et le partage de ton expérience pour me faire découvrir cette belle spécialité de l'addictologie !

Aux Docteurs Marie CHARRAS et Clara LETAMENDIA, merci pour votre rigueur et votre regard clinique.

Aux équipes soignantes rencontrées pendant mon internat

Vous avez adouci certaines de mes journées de travail voire même motivée à venir chaque matin. Un grand merci pour votre accompagnement pendant tous ces mois que nous avons partagés.

L'équipe de Dolto : vous m'avez réconciliée avec la pédopsychiatrie ! Je garderai en mémoire les inoubliables réunions de synthèse toujours agrémentées de petites gourmandises !

La team mobile, évidemment, Pascale, Karine, merci pour votre regard clinique et le partage de votre expérience, nos échanges m'ont fait grandir. Merci d'avoir été là quand il le fallait ...

L'équipe de Route Nouvelle, comment ne pas vous citer ... Vous m'avez accompagnée dans les derniers mois et ça a été un réel plaisir au quotidien. Merci de m'avoir si bien accueillie, je suis honorée d'avoir été votre première interne.

Un grand merci à l'équipe de l'UF2 pour votre accompagnement, nos moments de partage et d'échanges.

Sans oublier les équipes de Lannemezan, nos pique-niques Pyrénéens étaient des bouffées d'air frais. Et l'addicto restera un souvenir mouvementé mais vous avez su me faire apprécier ce stage !

A mes co-internes,

Laury, Flabby cheeks, nos mardis gras nous ont probablement sauvées du semestre hivernal à Leyme,

Florentin, je garde en mémoire notre cohabitation avec Chacal et le doux surnom de Rafifou que toi seul me donnait !

La coloc' d'Albi, pour nos moments de partage, souvent autour de bons repas !

Et tous les autres que j'ai pu côtoyer pendant ces 4 années !

A ma famille,

A toi, Maman, qui m'a tellement apporté pendant près de 30 ans et avec qui j'aurais aimé continuer à partager tant de choses,

A mon père, merci pour ton soutien et ton aide depuis toujours, le « SOS Dad » qui fonctionne si bien et m'a sauvé la vie plus d'une fois !

A ma sœur, malgré ton fameux dicton, je sais que ton soutien était réel ! A Alex, merci de supporter ta belle-sœur depuis tant d'années et de toujours m'accueillir chaleureusement ! A mon Vava et Eloïse, vous avez ramené une joie de vivre auprès de nous tous !

A mes oncles et tantes, cousins et cousines, le soutien familial qui fait du bien,

A mes grands-parents, qui je l'espère, auraient été fiers.

A mes amis,

Les indispensables du « rachis » : Ben et Andrew, les piliers ; les 3 autres Baronnes, Julie, Eve et Pépé, nos virées régulières sont devenues vitales ; Max tes talents de DJ, danseur et humoriste sont toujours un régal, Fanny doit apprécier ; Luigi et Alice, les Toulousains que j'ai appris à mieux connaître encore depuis ces 4 ans ; mon gangsta man, Nico, toujours overbooké mais toujours là quand il le faut ; Valoche et Aurore, le petit couple plein d'humour et d'énergie ; Chacha, la classe au naturel, comme notre Paupau national, la sage mais pas tant que ça Justine !

Celle de toujours, un peu comme la famille : ma Ju', merci d'être toujours là après toutes ces années, toutes ces folies « Bénidormiennes » ... et pour tellement d'autres choses encore ;

Ceux qui restent, malgré la distance : Guillaume et les Grelin's, notre rencontre sur la plage devant le Pato remonte à tellement longtemps, nos souvenirs me réchauffent le cœur ; Céline, la révolutionnaire devenue prof, c'est toujours un plaisir de te revoir ; Ambre, la Lyonnaise, il s'en est passé des choses depuis l'époque du lycée mais on partage toujours le plaisir des concerts et de la bonne bouffe ; Aude, la seule personne qui a réussi à me faire monter en Normandie !

Morgane, la grande exploratrice et voyageuse, te voilà maintenant à Toulouse ce qui devrait nous permettre de se voir un peu plus souvent !

Les nouvelles rencontres : Ombeline, Magali, Jacques, Benjamin, même si on galère à trouver des dates, c'est toujours un plaisir de me faire enfermer avec vous, de faire des quizz, et même de boire des shooters au piment ... !! Léa, ma binôme, mon Tic ou mon Tac, notre collaboration a été un vrai plaisir, enrichissant, et nos virées Albigeoises très plaisantes ; Aline, notre coloc nous a souvent permis de râler et décompresser mais aussi de partager des moments plus agréables devant des spectacles, j'espère que les chansons que je fredonnais régulièrement te reviendront en tête de temps en temps !! Chloé, ta douce folie pour les chats me fait souvent sourire, merci pour ton soutien depuis ces quelques années !

Ceux auxquels je repense souvent même si la distance nous a éloignés, les copains de St Liguairé et de Magné

Aux inclassables mais importants,

Bernard, Zabeth, Antoine, Elsa, j'aurais quasiment pu vous mettre dans la famille ... merci pour votre présence, votre soutien et vos encouragements.

Enfin, merci à tous ceux qui m'ont soutenue de quelque manière que ce soit et que j'aurais malencontreusement oublié ...

Table des matières

Table des abréviations.....	15
Liste des annexes.....	17
Illustrations.....	18
Introduction.....	19
I/ Une législation qui évolue vers des pratiques de réhabilitation psychosociale	20
1) Introduction.....	20
2) La politique de secteur et le cadre législatif récent	21
2.1 Le début de la législation.....	21
2.2 La mise en place de la sectorisation.....	21
2.3 Le patient au centre de ses soins	22
2.4 Le développement de l’ambulatoire et des soins de rétablissement	23
3) Rapport Laforcade ¹⁹	29
3.1 Les constats	29
3.2 Les propositions pour l’amélioration du parcours de santé et de vie.....	29
4) Rapport Hardy-Baylé ²⁰	30
5) La réhabilitation psychosociale, au cœur des projets locaux et nationaux	31
II/ Le rétablissement et la réhabilitation psychosociale.....	34
1) Introduction.....	34
2) La disponibilité psychique aux soins de rétablissement	36
3) La remédiation cognitive.....	38
4) L’affirmation de soi et l’entraînement aux habiletés sociales	40
5) La psychoéducation et l’éducation thérapeutique	41
5.1 Description	41
5.2 La psychoéducation pour les patients.....	43
5.3 La psychoéducation familiale	44
6) L’accompagnement médico-social.....	46
III/ Analyse territoriale des ressources en réhabilitation psychosociale sur le territoire de la CPT Haute Garonne et Tarn Ouest.....	49
1) Introduction.....	49
2) Matériels et méthodes.....	50
3) Résultats.....	51
3.1) population accueillie	52

3.2) les ressources humaines	53
3.3) l'offre de soins et de services pour le rétablissement fonctionnel	55
3.4) les actions pour le rétablissement socioprofessionnel	58
3.5) la gestion du parcours patient	59
4) Discussion	61
Conclusion	64
Bibliographie.....	66
Annexes	71

Table des abréviations

APJA : Accueil Psychothérapeutique de Jour pour Adolescents

ARS : Agence Régionale de Santé

AVEC : Accompagner Valider Echanger et Comprendre

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire

CLSM : Comité Local en Santé Mentale

DPI : Diagnostic-Planification-Intervention

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHS : Entraînement aux Habilités Sociales

ELADEB : Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés et des Besoins

ESPIC : Etablissement de Santé Privés d'Intérêt Collectif

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de Jour

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

ILSS : Independant Living Skills Survey

IPS : Individual Placement and Support

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MGEN : Mutuelle Générale Education Nationale

MJC : Maison des Jeunes et de la Culture

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLIE : Plan Local Insertion Emploi

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SOLIHA : Solidaires pour l'Habitat

USA : Unité de Soins Ambulatoires

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Annexe 2 : Liste des structures enquêtées

Illustrations

Figures :

Figure 1 : évolution du nombre de lits entre 2013 et 2017 en France

Figure 2 : taux de recours à l'hospitalisation à temps plein en 2013 et en 2017

Figure 3 : taux de recours aux prises en charge ambulatoires en 2013 et en 2017

Figure 4 : taux de rechutes chez des patients psychotiques ayant bénéficié ou non de psychoéducation familiale

Figure 5 : flow chart

Figure 6 : proportions de structures déclarant avoir des difficultés de lisibilité des dispositifs existants

Figure 7 : proportions de patients selon leur diagnostic principal

Figure 8 : professionnels médicaux et paramédicaux présents dans les structures

Figure 9 : professionnels socio-éducatifs présents dans les structures

Figure 10 : soins spécifiques proposés dans les structures

Figure 11 : proportion des structures proposant des actions de soutien aux aidants

Figure 12 : proportion des structures proposant l'intervention de pair-aidants

Figure 13 : proportion des structures proposant des activités en dehors de leur institution

Figure 14 : proportions des structures mettant en place des actions pour le rétablissement socio-professionnel

Figure 15 : proportion des structures élaborant à projet personnalisé de soins de RPS

Figure 16 : proportion des structures ayant des professionnels dédiés à la coordination du parcours patient

Tableaux :

Tableau 1 : interventions de RPS en fonction des stades de rétablissement d'Andresen

Tableau 2 : critères d'inclusion

Tableau 3 récapitulatif des dispositifs favorisant le maintien du lien social

Introduction

L'intégration des personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques dans la communauté est depuis plus de 50 ans une des composantes majeures de l'évolution de la psychiatrie.

Les traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques habituellement proposés permettent de prévenir et de diminuer le handicap psychique en agissant sur la symptomatologie clinique mais ont peu voire pas d'action sur les autres facteurs du handicap psychique tels que les troubles cognitifs, les troubles des habiletés sociales ...

Loin de remettre en question les hypothèses psychodynamiques et l'approche sanitaire classique, les personnes ne se résument pas à une maladie et leur prise en charge doit également intégrer un ensemble de techniques particulières visant un accompagnement global dans un parcours de vie et de soins dans lequel le patient doit être un acteur à part entière. En s'appuyant notamment sur l'anamnèse des troubles et des parcours de vie que chaque psychiatre recueille auprès de ses patients, l'expression de leurs fragilités n'en sera que facilitée ce qui agrémentera le diagnostic fonctionnel et permettra le développement du programme de soins le plus adapté possible.

Il s'agit de s'orienter vers le « care », c'est-à-dire prendre soin plutôt que de rester dans une approche de « cure », soigner. Le projet de soins vise donc, non seulement la gestion des symptômes mais également l'amélioration de la qualité de vie, en intégrant toutes les composantes qui influencent celle-ci et en accompagnant les patients dans un travail psychique qui leur permet de se représenter autrement qu'au travers d'une identité de malade.

Le modèle de soins de rétablissement répond à cette orientation. Il est en plein essor et doit être un complément aux prises en charge pharmacologiques et psychothérapeutiques habituelles. Les structures sanitaires de réhabilitation psychosociale de proximité doivent être en mesure de proposer des interventions au plus près du milieu de vie de la personne et doivent pouvoir s'articuler avec un accompagnement médico-social.

Mais l'organisation d'une prise en charge globale est difficile, du fait de la complexité des interventions dans le milieu ordinaire de la personne, de la multiplicité des acteurs impliqués et de la diversité des besoins.

Il est nécessaire et primordial de structurer la coordination du parcours de soins et de vie des personnes afin de garantir la continuité du projet de rétablissement en lien avec l'ensemble des acteurs des champs sociaux et médico-sociaux. Les soins spécifiques que proposent la réhabilitation psychosociale doivent pouvoir s'inscrire dans une organisation des dispositifs de soins permettant l'approche bio-psycho-sociale recherchée par les modèles psychiatriques actuels.

Dans ce contexte, l'ensemble des acteurs de la psychiatrie Toulousaine, travaille en commun pour améliorer le parcours de soins et de vie des patients, et pour développer la réhabilitation psychosociale. Une analyse territoriale préalable aux différents travaux en cours a donc été demandée et fait l'objet de ce travail de thèse.

Nous nous intéresserons dans un premier temps à l'évolution législative qui tend à s'ouvrir sur les ressources personnelles, l'épanouissement social, un fonctionnement global satisfaisant et à moins se focaliser sur la maladie elle-même. Nous verrons également la volonté affirmée d'optimiser la coordination interprofessionnelle afin de garantir la continuité du parcours de soins du patient. Il est intéressant de voir l'éclairage qu'elle peut apporter dans la prise en charge de la chronicité et des cas complexes.

Par la suite, nous nous attacherons à redéfinir les différentes techniques de rétablissement, fondées sur des preuves scientifiques. Les professionnels formés expriment un renforcement de leur identité soignante, au travers des nouvelles techniques apportées.

Enfin, nous aborderons l'approche territoriale qui doit être structurée et nous définirons les contours d'une enquête réalisée entre juillet 2019 et octobre 2019, sur le territoire de la Communauté Psychiatrique de Haute Garonne et du Tarn Ouest. Celle-ci vise à dresser un premier état des lieux de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale disponible afin de pouvoir s'intégrer dans le Projet Territorial de Santé Mentale.

I/ Une législation qui évolue vers des pratiques de réhabilitation psychosociale

1) Introduction

La psychiatrie est la spécialité médicale qui consiste en la prise en charge de pathologies mentales. Les troubles psychiques sévères nécessitent un suivi dans la durée et les parcours peuvent être longs et complexes. Ils font intervenir une multitude de professionnels, de plusieurs secteurs de compétences (sanitaire, social, médico-social) justifiant la nécessité d'une continuité dans la prise en charge et d'une bonne coordination interprofessionnelle.

Si la première moitié du XX^{ème} siècle est considérée comme l'aire de l'institutionnalisation où les personnes atteintes de maladies mentales sont isolées de la communauté et résident dans les asiles, on note par la suite un virage ambulatoire amorcé notamment par la politique de secteur. L'évolution tend désormais vers l'intégration du patient dans son environnement, à l'aide de soins et de services de proximité. Il est désormais reconnu qu'au-delà d'une approche hospitalière, une approche ambulatoire est nécessaire et que les soins de proximité ont un impact positif sur la qualité de vie de la majorité des patients¹.

Ainsi, la prise en charge des troubles psychiques est devenue une priorité des politiques de santé nationale, européenne et mondiale avec une volonté réaffirmée « d'améliorer la

transversalité et la continuité des parcours en santé mentale »². Nous allons voir que le cadre législatif a bien évolué depuis la loi Esquirol de 1838 et tend vers une prise en charge extrahospitalière.

2) La politique de secteur et le cadre législatif récent

2.1 Le début de la législation

La loi du 30 juin 1838³, dite « loi Esquirol », signe le point de départ des politiques publiques en ce qui concerne la psychiatrie qui devient une spécialité médicale à part entière. Elle détermine l'organisation nationale de la psychiatrie et constitue la base législative pendant plus de 150 ans. L'article premier énonce que « chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés ». Mais l'illusion des capacités de guérison de cette prise en charge asilaire va s'estomper et le déploiement d'alternatives aux soins hospitaliers va se mettre en place.

Par le décret du 05 avril 1937, les asiles d'aliénés deviennent des hôpitaux psychiatriques et la circulaire du 13 octobre 1937⁴ relative à la réorganisation de l'assistance aux malades mentaux demande la création d'un dispensaire d'hygiène mentale avec consultations externes.

La surmortalité des malades hospitalisés en psychiatrie lors de la seconde guerre mondiale est révélatrice des dysfonctionnements de l'institution asilaire et contribue à la prise de conscience de la nécessité d'un changement radical dans l'offre de soins. L'essor de la psychothérapie institutionnelle et des neuroleptiques avec la découverte de la Chlorpromazine en 1952 ont contribué au développement des soins extrahospitaliers.

2.2 La mise en place de la sectorisation

La circulaire fondatrice des secteurs psychiatriques en France date du 15 mars 1960⁵. Sans dénigrer la nécessité des services hospitaliers, elle stipule que « l'hospitalisation du malade mental n'est qu'une étape du traitement » et définit que « chaque établissement psychiatrique doit desservir désormais une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance, appelée secteur ».

Les deux buts à atteindre sont :

- des soins plus précoces ou un appui médico-social suffisant pour les anciens malades pour éviter les rechutes

- éviter la désadaptation engendrée par l'éloignement du malade de son milieu naturel.

Elle précise également la nécessité de coordination des soins entre chaque membre des équipes extra et intra-hospitalières pour assurer la continuité des soins. Ainsi, la politique de sectorisation psychiatrique axe l'organisation sur une offre en réseau, au travers d'une équipe pluridisciplinaire qui dispense et coordonne pour une aire géographique de proximité, l'ensemble des soins et services nécessaires à la prise en charge globale des besoins de santé mentale, en prévention, soins, postcure et réadaptation¹.

Cependant, il faut attendre la loi du 31 décembre 1985⁶ pour que la circulaire de 1960 soit officialisée et que le virage ambulatoire s'initie réellement. L'objectif étant de doter l'ensemble du territoire français de moyens égaux, de diminuer les temps d'hospitalisation, d'accompagner les patients dans la réinsertion sociale, de prévenir les rechutes et d'aider les familles de patients. Les Centres Médico-Psychologiques représentent l'élément central de la prise en charge ambulatoire avec une fonction d'accueil et de coordination des soins à côté desquels d'autres modalités de soins ambulatoires et à temps partiel peuvent être associées.

2.3 Le patient au centre de ses soins

D'autres lois et notamment la loi du 11 février 2005⁷ sur l'égalité des droits et des chances participent à l'évolution de la prise en charge du handicap. Pour commencer, elle redéfinit le handicap par ses conséquences plutôt que par ses causes, reconnaît le handicap psychique et remet au centre les patients, leur participation à la vie sociale et leur citoyenneté. Elle s'inscrit dans une approche bio-psycho-sociale du handicap psychique. Cette loi insiste sur la nécessité d'une accessibilité à la scolarité et à l'emploi, non seulement en milieu adapté mais également dans le milieu ordinaire. Elle permet une articulation entre l'objectif d'accès au droit commun et le droit à la compensation dans le but de favoriser l'accès à l'autonomie des personnes en situation de handicap. Enfin, elle crée les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans chaque département sous la direction du Conseil général. Celles-ci ont une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

En 2009 est promulguée la loi Hôpital Patients Santé et Territoires⁸ (HPST) qui réorganise l'ensemble du système de santé et vise à mettre en place une offre de soins « graduée de qualité, accessible à tous ». Elle crée notamment les Agences Régionales de Santé (ARS) dont la mission est de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé. Ainsi, l'ancrage territorial est renforcé par l'articulation avec le champ médico-social, particulièrement présent en psychiatrie.

Plus récemment, le plan psychiatrie santé mentale⁹ (2011-2015) demande au secteur de la psychiatrie d'évoluer d'une approche totale vers une approche globale en lien avec les autres acteurs sanitaires et sociaux. La France présente un certain retard par rapport à ses voisins européens tels que l'Allemagne, l'Angleterre ou l'Italie en matière de développement de structures d'accompagnement dans la vie quotidienne et d'hébergement de la personne souffrant de troubles psychiques. Les différentes dimensions de la vie quotidienne sont insuffisamment prises en compte dans les prises en charge, alors qu'elles contribuent fortement à la qualité de vie et à l'intégration sociale¹. L'enjeu majeur de ce plan est de prévenir les ruptures dans les parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques, quel que soit leur lieu de vie, y compris celles en grande précarité ou en milieu pénitentiaire. L'objectif est donc de permettre à ces personnes de mieux vivre avec des troubles psychiques en luttant contre les préjugés et la stigmatisation de la société et en garantissant la citoyenneté et l'inclusion, malgré la pathologie et le handicap qui en résultent. Ce plan a également pour objectif de promouvoir les soins de réhabilitation psychosociale puisque ceux-ci visent l'autonomie et l'indépendance dans la communauté des patients souffrant de troubles psychiques.

2.4 Le développement de l'ambulatoire et des soins de rétablissement

La loi de modernisation du système de santé de 2016¹⁰ s'inscrit dans la continuité des mesures mises en place par les lois et plans de santé que nous venons d'aborder. Elle renforce les soins de proximité et la coordination interprofessionnelle afin d'améliorer les parcours de santé des patients atteints de maladies chroniques et présentant un handicap. Elle stipule la nécessité d'enrichir les pratiques et d'offrir un ensemble de ressources diversifiées, thérapeutiques, éducatives et rééducatives. Cette loi organise également la politique de santé mentale dans un cadre décloisonné, associant l'ensemble des acteurs impliqués, afin d'assurer une démarche globale intégrant la prévention, le soin, le rétablissement et l'insertion sociale dans une démarche territorialisée. L'article 69 aborde spécifiquement l'organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie et inscrit les secteurs psychiatriques dans les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

La politique de santé mentale doit s'inscrire dans un cadre coopératif large du fait de la grande diversité de ses acteurs. Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) incarne ce cadre coopératif. Il doit faciliter le parcours des patients en mettant en relation l'ensemble des intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux et inclure les familles et les proches.

Les professionnels de la psychiatrie doivent définir un projet territorial de santé mentale fondé sur un état des lieux incluant l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social et incluant les politiques de la ville et de l'éducation. Ce projet territorial, qui devra exister sur l'ensemble du territoire, pose les conditions d'accès, pour les patients souffrant de troubles psychiques, à l'ensemble des techniques de soins et d'accompagnement fondées sur les dernières connaissances.

Il s'agit de pouvoir réactualiser les soins ambulatoires que proposent les CMP mais aussi les CATTP, centres de post-cure et hôpitaux de jour en les incluant dans un maillage soutenu autour des pratiques de réhabilitation psychosociale.

Le rétablissement est au cœur des six priorités auxquelles doivent répondre les PTSM :

- Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.
- Les parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale.
- L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques.
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.
- Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.
- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Dans la stratégie « ma santé 2022 », l'offre de soins est déclinée en trois niveaux, soins de proximité au plus près des lieux de vie, soins spécialisés et soins ultraspecialisés. La santé mentale apparaît une nouvelle fois comme une priorité et le développement de la réhabilitation psychosociale est l'un des objectifs à atteindre.

De fait, une feuille de route¹¹ est spécialement dédiée à la santé mentale et la psychiatrie et définit 3 axes de travail qui se déclinent en plusieurs actions :

- promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique,
- garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre accessible, diversifiée et de qualité,
- améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Le développement des prises en charge ambulatoires figure comme l'une des principales actions à mettre en place, incluant l'intervention à domicile afin de maintenir chaque personne dans son milieu de vie et ainsi d'éviter une désinsertion sociale.

De même, le développement d'une offre de soins de réhabilitation psychosociale fait partie des actions phares à mettre en place afin de permettre un accès à ces soins sur l'ensemble du territoire de manière précoce dans les prises en charge.

Au-delà de la prise en charge sanitaire, est réaffirmée par cette feuille de route la nécessité d'une meilleure considération de la citoyenneté des personnes souffrant d'un handicap

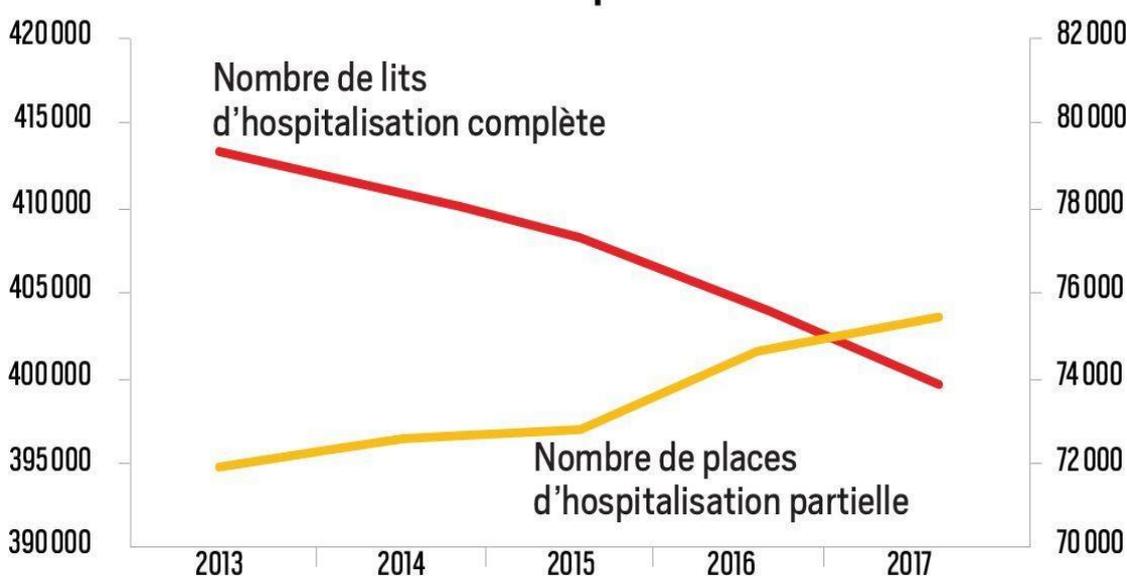
psychique et du déploiement d'un étayage pour le retour à l'emploi, l'accès ou le maintien dans un logement de ces personnes.

Ainsi, nous voyons clairement l'évolution d'un modèle de soins hospitaliers, centré majoritairement sur la maladie psychique vers une approche thérapeutique plus globale, considérant les personnes atteintes d'un trouble mental dans leurs rapports à leur milieu de vie.

L'offre de prise en charge s'est donc diversifiée et s'est tournée de manière privilégiée vers l'ambulatoire. Ainsi, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ne cessent de diminuer. En France, le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein s'établit à 54 858 en 2015.

Le nombre de recours à l'hospitalisation décroît régulièrement (figure 1). En 2018, le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie s'élève à 424 000, soit 6 pour 1000 habitants. La durée moyenne de séjour étant de 55 jours¹². En parallèle, le nombre de prise en charge ambulatoire s'accroît avec un taux de recours s'élevant à 332 jours ou actes pour 1000 habitants en 2017 contre 306 en 2013¹³. En 2018, 131 000 patients ont été pris en charge en hospitalisation à temps partiel. Les prises en charge uniquement ambulatoires représentent 87% des patients¹². Mais cette prise en charge ambulatoire est encore à développer et organiser.

Évolution du nombre de lits et de places de 2013 à 2017



Sources : données DREES 2017/2018

Figure 1 : évolution du nombre de lits entre 2013 et 2017 en France (d'après publication de la DRES)

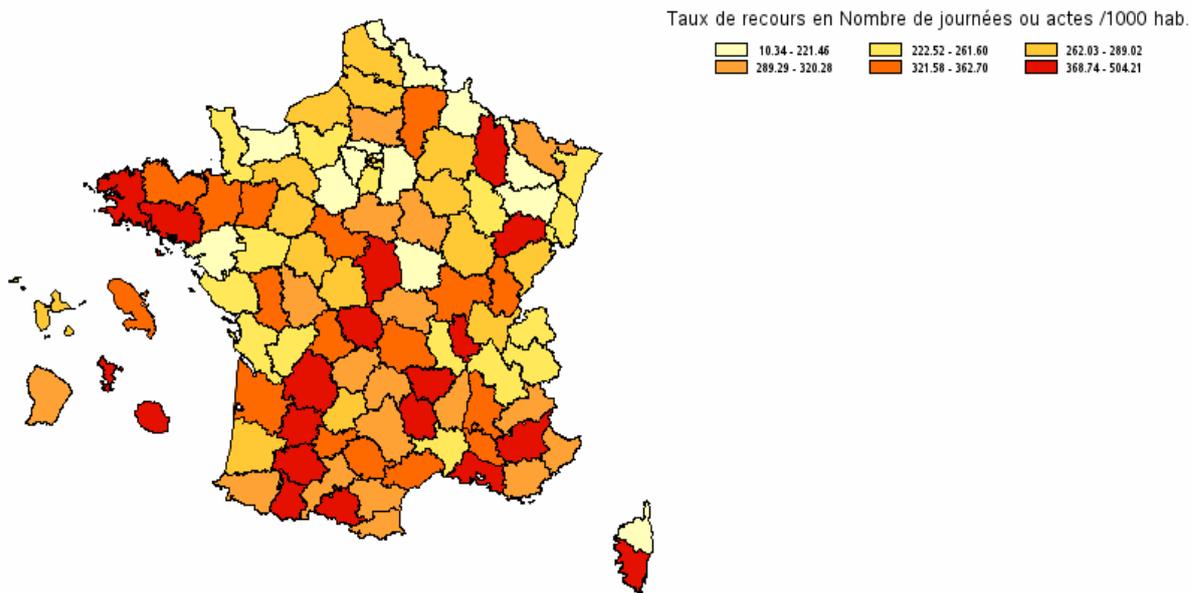
Pour autant, le nombre de jours d'hospitalisation pour les patients souffrant de troubles psychotiques reste préoccupant. Il est à noter que la prise en charge hospitalière est plus forte dans les départements du sud de la France et particulièrement en région Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées¹⁴. De plus, d'après l'IRDES, les hospitalisations au long cours (d'un an ou plus, en continu ou non), concernent moins d'1% de la file active des patients pris en charge en établissement de santé mais représentent un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits¹⁵. La psychiatrie de secteur a ainsi vu nombres de problèmes liés à la chronicisation, aux difficultés d'hébergement et à l'insertion sociale venir progressivement remplir les lits d'admission dont le nombre n'a cessé de diminuer ces dernières décennies. Le cloisonnement du sanitaire et du médico social a limité la souplesse d'interventions et éloigné le malade du domaine du social, du droit commun.

Par ailleurs, nous connaissons ce mouvement d'hospitalisations récurrentes, qui reste difficile à apprécier du fait des difficultés à avoir une lisibilité du parcours de soins des patients. En région Midi-Pyrénées, en 2018, ce taux de ré hospitalisation avoisine les 48%¹⁶. Ce mouvement, fréquemment en lien avec les ruptures de soins participe en partie à la désocialisation des patients.

Enfin, les recherches montrent combien, parallèlement aux traitements pharmacologiques, les soins de rétablissement prodigués aux jeunes entrant dans la pathologie peuvent infléchir le pronostic en permettant une rémission de qualité, une limitation de la progression des troubles voire une diminution du risque d'entrée dans la phase chronique ou de la sévérité de celle-ci¹⁷. Comme le souligne le Pr Krebs¹⁸, la première motivation de l'intervention précoce est d'améliorer le pronostic fonctionnel en diminuant la durée de psychose non traitée qui est inversement corrélée à celui-ci. Les modèles internationaux ont aboutit à des recommandations justifiant une prise en charge intégrée comprenant des interventions de psychoéducation, de thérapie cognitivo-comportementale et de lutte contre la consommation de toxiques. De tels programmes de prise en charge ont permis de réduire de 10 à 15% le taux de transition psychotique dans les centres les ayant mis en place.

Ces trois derniers éléments soutiennent l'intérêt actuel pour le développement des pratiques de rétablissement.

Taux de recours PSY par Département - séjours 2013/pop. 2011 - Standardisé
Ensemble de l'activité -
Taux de recours national : 283,21



Taux de recours PSY par Département - séjours 2017/pop. 2015 - Standardisé
Ensemble de l'activité -
Taux de recours national : 270,03

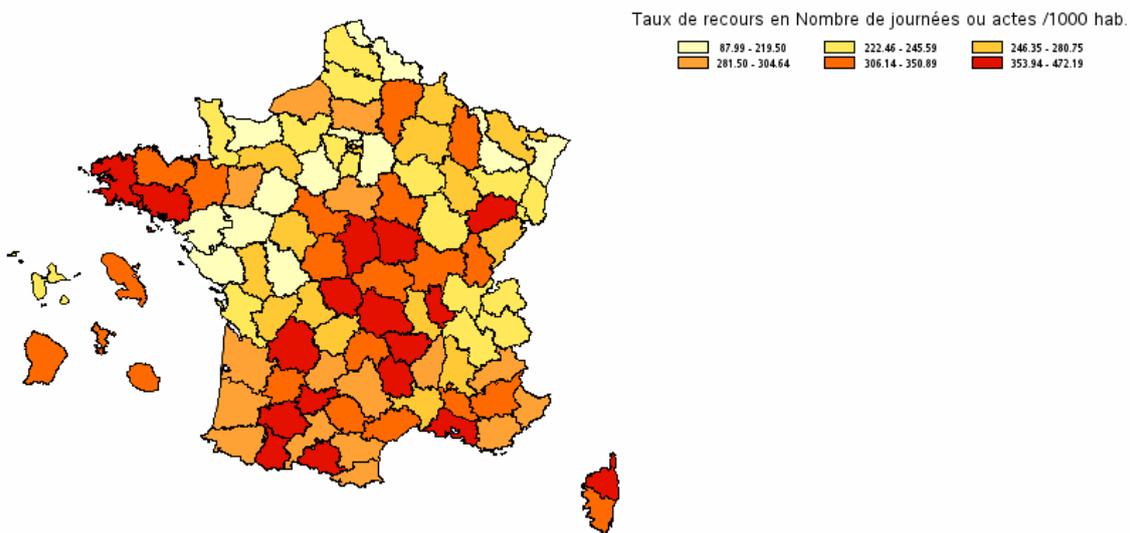
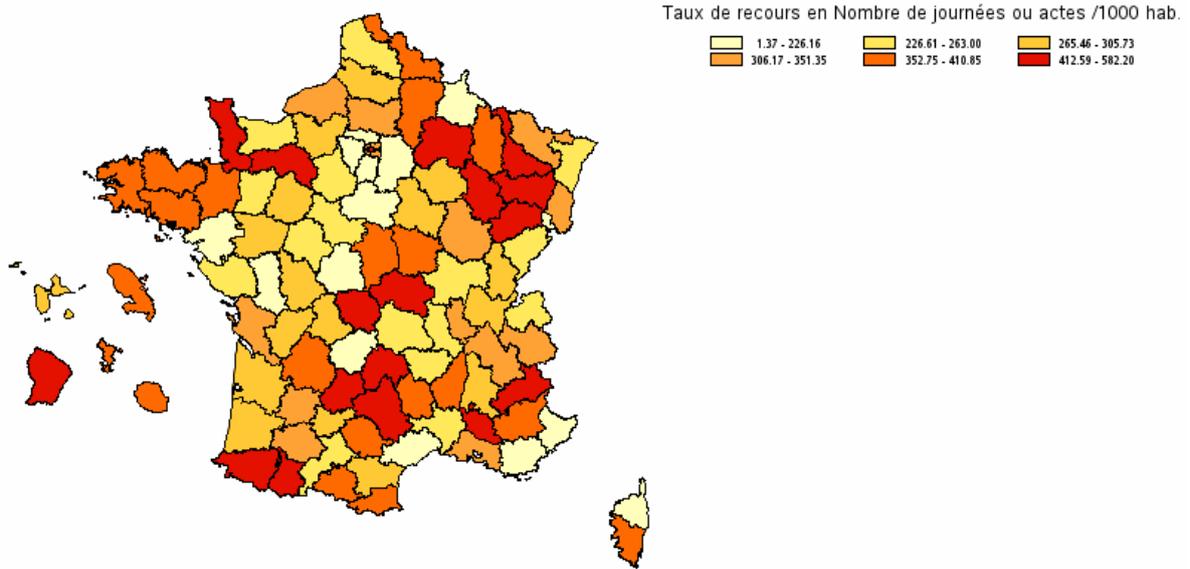


Figure 2 : taux de recours à l'hospitalisation à temps plein en 2013 et en 2017

Taux de recours PSY par Département - séjours 2013/pop. 2011 - Standardisé

Ensemble de l'activité -

Taux de recours national : 306,64



Taux de recours PSY par Département - séjours 2017/pop. 2015 - Standardisé

Ensemble de l'activité -

Taux de recours national : 332,67

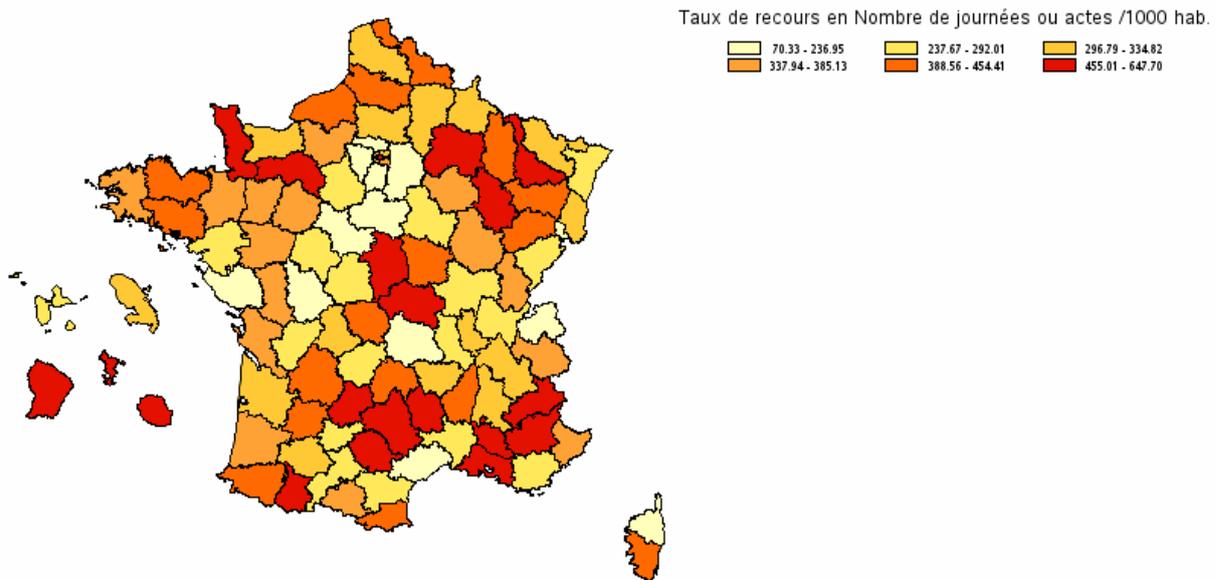


Figure 3 : taux de recours aux prises en charge ambulatoires en 2013 et en 2017

3) Rapport Laforcade¹⁹

3.1 Les constats

Ce rapport relatif à la santé mentale est dirigé par le directeur général de l'ARS Nouvelle Aquitaine, Michel Laforcade en octobre 2016 et fait suite à la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016.

Il reprend les constats des précédents rapports sur la santé mentale et la psychiatrie et précise que cela représente un enjeu de santé majeur puisqu'une personne sur cinq sera un jour atteinte d'une maladie psychique. Il met en avant les dysfonctionnements dans les parcours de soins en lien notamment avec une répartition inégale de l'offre de soins sur le territoire et préconise le développement d'une politique de santé plus homogène.

Il insiste sur la place centrale de l'ambulatoire qui doit devenir la règle dans les prises en charge alors que l'hospitalisation doit devenir l'exception. Il appuie le développement des activités de réhabilitation, du modèle de rétablissement et d'une continuité de l'intervention socio-sanitaire puisqu'au-delà de l'impact de la symptomatologie clinique, il n'est plus à démontrer que les conséquences sociales et la perte de la qualité de vie ont un impact tout aussi important sur la bonne santé mentale.

L'un des constats que fait Mr Laforcade est que les parcours de soins psychiatriques sont longs et complexes, associant des temps de soins et des temps d'accompagnement médico-social et de réhabilitation psychosociale. Il est nécessaire que les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social agissent de façon coordonnée, complémentaire et en continuité pour accompagner chaque patient dans un parcours de soins et de vie satisfaisant. Une meilleure anticipation des sorties d'hospitalisation par une meilleure connaissance des possibilités d'orientation vers le logement, le secteur social et médico-social semble primordiale pour éviter les ruptures dans les parcours de soins.

3.2 Les propositions pour l'amélioration du parcours de santé et de vie

Plusieurs propositions ressortent de ce rapport pour améliorer les parcours de santé et de vie et sont destinées à éviter les ruptures de prise en charge sur l'ensemble du territoire en s'appuyant sur toutes les pratiques professionnelles ayant fait leur preuve et que l'on abordera de manière plus détaillée dans la deuxième partie de cette thèse.

Voici un résumé des principales propositions :

- améliorer l'articulation entre les soins somatiques et les soins psychiatriques notamment par le développement des liens entre le médecin traitant et le psychiatre,

- renforcer la diversité de l'offre de soins et de l'accompagnement par le développement des techniques cognitivo-comportementales, de remédiation cognitive, de programme de psychoéducation ou encore en favorisant l'accès à la culture et aux sports,
- renforcer la collaboration entre les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social,
- créer des centres ressources handicap psychique afin d'évaluer les capacités fonctionnelles des patients, leurs besoins de soins et d'accompagnement.

Par ailleurs, ce rapport met en avant l'importance de l'insertion sociale notamment par l'accès ou le maintien au logement et l'étayage qui doit en résulter. Il évoque également l'insertion sociale par le biais de la scolarisation, l'emploi, la culture, l'activité physique et les loisirs justifiant leur place dans l'offre de soins de rétablissement.

4) Rapport Hardy-Baylé²⁰

Ce rapport établi en 2015 tente d'apporter des éléments de réponse pour améliorer les parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique. Il analyse également les données de la littérature concernant les interventions psychosociales et les confronte aux pratiques réelles.

Dans ce rapport, le manque de coordination de qualité entre les secteurs sanitaire et médico-social est clairement identifié comme un frein à l'organisation d'une prise en charge globale.

Les auteurs définissent le rétablissement comme un ensemble de pratiques complémentaires à la prise en charge sanitaire « classique » qui visent à la restauration d'une posture active de la personne pour réintégrer une vie sociale et améliorer sa qualité de vie.

Plusieurs facteurs contribuant au processus de rétablissement sont identifiés, tels que l'espoir, le soutien centré sur la personne, l'apport des pairs, l'autodétermination et le pouvoir d'agir impliquant un accompagnement sous forme de partenariat pour favoriser la responsabilisation des personnes.

Le handicap psychique qui résulte de l'évolution de la schizophrénie est engendré par différents facteurs qui sont spécifiés dans ce rapport.

Parmi les déterminants du handicap psychique, on note un mauvais accès aux soins, un défaut d'adhésion, une mauvaise réponse au traitement, la consommation de toxiques, la présence de comorbidités et les troubles cognitifs associés. Comme le souligne également le Pr Pachoud, le retentissement fonctionnel est plurifactoriel et irréductible aux seuls troubles

psychopathologiques résiduels. Selon lui, d'autres facteurs jouent un rôle déterminant, parmi lesquels des facteurs liés à l'histoire personnelle du patient, ses expériences, ses succès et ses échecs ; des facteurs motivationnels et notamment le sentiment d'efficacité personnelle mais aussi les facteurs cognitifs.

On peut donc noter que si le retentissement fonctionnel n'est pas réductible aux symptômes résiduels et aux dysfonctionnements cognitifs, il convient de prendre en compte la subjectivité, l'histoire de la personne et une dimension sociale ou relationnelle²¹.

Il faut également préciser la distinction entre le handicap psychique, consécutif à des troubles psychiatriques, et le handicap mental, qui renvoie à une déficience des fonctions intellectuelles ou cognitives²².

Si les traitements pharmacologiques et les psychothérapies ont démontré leur efficacité sur la symptomatologie psychiatrique à proprement parler et contribuent par ce biais à prévenir et diminuer le handicap psychique, il n'en est pas de même pour les troubles associés et notamment les troubles cognitifs, les troubles des interactions et des compétences sociales ou encore les symptômes résiduels. Tout cela est alors à l'origine des altérations fonctionnelles et favorise l'isolement, aggravant de fait l'exclusion, la perte d'estime de soi et l'autostigmatisation. C'est pour cela que le développement des techniques de rétablissement trouve toute sa légitimité et évolue continuellement.

Les auteurs du rapport Hardy-Baylé tiennent à préciser l'intérêt de renforcer les ressources personnelles, les interactions sociales, le soutien aux aidants et les soins psychosociaux puisque tout cela contribue à réduire et prévenir les ruptures dans les parcours de soins et à faciliter l'insertion sociale.

5) La réhabilitation psychosociale, au cœur des projets locaux et nationaux

La réhabilitation psychosociale devient un axe central dans les politiques de santé mentale.

De nombreuses questions sont soulevées, quelle place accorder au projet de soin si celui-ci ne s'articule pas avec le parcours et le projet de vie plus global de la personne ? Comment permettre la coordination de celui-ci avec les autres interventions du champ social ou médicosocial ? Quels peuvent être les différents niveaux de coordination pour assurer un accompagnement fluide, logique, cohérent et bien repérable pour un usager pouvant souffrir de troubles cognitifs rendant difficile pour lui son déplacement dans un environnement trop complexe²³ ?

La dernière instruction en date du 16 janvier 2019²⁴ a pour objectif d'accompagner les Agences Régionales de Santé (ARS) dans le développement des soins de réhabilitation psychosociale, leur structuration et leur organisation dans le cadre des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM). Ces soins sont de "nouveaux outils thérapeutiques", qui ont "vocation à compléter l'offre de soins déjà présente dans les établissements sanitaires". Elle

stipule qu'un travail en réseau est nécessaire avec l'ensemble des acteurs du parcours de vie et de santé afin d'élaborer un projet global de réhabilitation.

Elle distingue :

- les structures de proximité agissant au plus proche des patients et qui doivent donc pouvoir proposer des interventions dans la communauté.
- les structures « supports » davantage tournées vers des fonctions de soutien, de formation et de recherche.

L'orientation précoce vers de tels soins est clairement préconisée et doivent être proposés des soins de remédiation cognitive, de psychoéducation de la personne souffrant de troubles psychiques et de ses proches et d'entraînement aux habiletés sociales.

L'accent est donc mis sur la nécessité d'un travail en réseau avec l'ensemble des acteurs du parcours de santé et de vie. Il inclut les acteurs de soins primaires, éducatifs, sociaux et médico-sociaux dans l'optique de mettre en œuvre un projet global de réhabilitation, favorable au rétablissement. Celui-ci repose sur une évaluation initiale par un psychiatre, ainsi qu'un bilan neuropsychologique et une évaluation fonctionnelle des ressources et des besoins de la personne comme nous le verrons un peu plus loin.

Devant ces préconisations, dans le contexte Toulousain, un constat et une prise de conscience ont fait surface : les techniques de soins de réhabilitation psychosociale, qui ont fait leurs preuves, ne semblent pas suffisamment proposées aux patients souffrant de troubles psychiques chroniques. L'offre de soins sur le territoire est riche et diverse mais trois difficultés sont apparues :

- l'augmentation de la population sur ce territoire a amené certains secteurs psychiatriques à atteindre un niveau de saturation et d'incapacité à répondre aux demandes de soins. Ainsi, au 1^{er} janvier 2018 la population en Haute Garonne était de 1 388 390, soit une densité de 220 habitants par km². L'aire urbaine de Toulouse concentre 40% de la croissance démographique. Chaque année, sa population augmente de près de 19 000 habitants/an dont 5600 dans la seule commune de Toulouse²⁵.
Cette augmentation de population a des répercussions sur la demande de soins. Ainsi, entre 2008 et 2016, les files actives de l'Hôpital Marchant et du CHU sont respectivement passées de 10 382 et 2 464 patients à 12 709 (+ 22%) et 4 608 (+ 87%) patients. La filière pédopsychiatrique n'est pas en reste, puisque, sur les mêmes périodes la file active du CH Gérard Marchant a augmenté de 11% et celle du CHU a quasiment doublé (+ 97%)²⁶.
- un manque de lisibilité patent de l'offre de soins des structures ambulatoires en réhabilitation psychosociale qui ne permet pas d'offrir aux patients les soins les plus adaptés,
- un manque de synergie entre ces dernières.

De là est partie une réflexion commune entre les différents acteurs de la psychiatrie Toulousaine qui a débuté sur le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) et au sein de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) avec la création d'un groupe de travail pour la réhabilitation psychosociale à compter de début 2018.

La CPT Haute Garonne et Tarn Ouest réunit les établissements du service public de psychiatrie (décret du 26 octobre 2016). Ses membres fondateurs sont le Centre Hospitalo-Universitaire CHU de Toulouse, le Centre Hospitalier Spécialisé Gérard Marchant et le Centre Hospitalier de Lavaur. A ces membres initiaux se sont rajoutés l'Hôpital de jour Route Nouvelle, le Centre Après, l'Hôpital de jour MGEN et le pôle guidance infantile de l'ARSEEA.

Plusieurs constats ont été tirés des échanges qui ont pu avoir lieu :

- L'intérêt d'améliorer la lisibilité de l'offre existante par une meilleure clarification des rôles et des missions de chacun.
- L'importance d'améliorer les conditions d'accès à l'expertise des services spécialisés.
- Le besoin de mettre en place un système gradué, souple qui permette des passerelles d'un service à un autre.
- La nécessité de construire un espace de coordination avec les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et les usagers.
- La réaffirmation d'un cadre de travail partagé pour des interventions adéquates auprès des personnes.
- L'utilité de proposer un portage institutionnel clair et un cadre stratégique départemental.

L'approche en réhabilitation psychosociale est transversale et nécessite tout d'abord une bonne connaissance de l'offre de soin du secteur pour pouvoir offrir la possibilité de mieux définir un projet de soins prenant en compte l'ensemble des ressources disponibles.

Suite à cette instruction de janvier 2019, un appel à projet pour la reconnaissance contractuelle des dispositifs de réhabilitation psychosociale a été publié en juillet 2019. Il s'intègre au projet régional de santé Occitanie et plus largement au projet national qui vise la structuration et le développement de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale.

L'ensemble des acteurs de la psychiatrie du territoire de la Communauté Psychiatrique de Territoire de Haute Garonne et du Tarn Ouest souhaite mener un travail commun pour améliorer l'offre de soins en réhabilitation psychosociale.

Ainsi, par le biais du groupe de travail de la CPT dédié à la réhabilitation psychosociale, ce travail d'analyse territoriale de l'offre de soins a été demandé, dans l'objectif de s'inclure dans l'ensemble du Projet Territorial de Santé Mental. Le territoire de celle-ci sera détaillé dans la présentation de l'enquête ci-dessous.

II/ Le rétablissement et la réhabilitation psychosociale

1) Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Elle peut donc être compromise non seulement par la présence de maladies et troubles mentaux mais aussi par un mal-être psychosocial, et nécessite la prise en compte des dimensions de prévention, de soins et d'insertion sociale.

Les politiques sur le soin et le handicap permettent de sortir de la focalisation sur le problème, la maladie et le déficit lié à celle-ci pour s'ouvrir sur les ressources, l'épanouissement fonctionnel et social qui vont répondre au retour à l'état de santé mentale défini par l'OMS. Cet élargissement considérable de la prise en compte de l'individu dans son environnement social complet (emploi, hébergement, voisinage, famille, soins...) ouvre sur des possibilités d'interventions et d'aménagements sur tous les facteurs qui contribuent à améliorer (ou dégrader) le bien être de l'individu.

Comme nous l'avons déjà souligné, un projet d'aide ne se conçoit plus comme la gestion des symptômes de la maladie (qui appartenait au domaine du projet de soin) mais maintenant comme un projet qui intègre toutes les composantes qui relient le patient à sa vie pour en améliorer la qualité ressentie.

Les personnes atteintes de troubles psychiques souffrent généralement d'un grand isolement, d'une diminution voire d'une perte de leur capacité à entreprendre des actions, à vivre dans un logement autonome, à tenir un emploi et à réaliser les actes de la vie quotidienne.

A tout cela s'ajoute la stigmatisation de la société, des hospitalisations parfois prolongées et répétées, ce qui contribue fréquemment à l'exclusion sociale, à la perte du logement et à l'errance des patients atteints de maladie psychique.

La base du modèle du rétablissement repose sur l'idée que la personne atteinte d'une maladie mentale peut récupérer de son pouvoir d'agir en s'appuyant sur ses compétences¹⁹. Le rétablissement est une dynamique de transformation subjective et ne peut être réduit à un phénomène de restauration d'un état antérieur à la maladie. Il s'agit d'un processus et d'une approche intégrée en santé qui inclut l'ensemble des éléments qui tendent vers un mieux-être des personnes.

Une valeur essentielle est celle de l'autodétermination du sujet. Le « nothing about us without us » des mouvements américains des usagers est un rappel éthique bien utile dans un environnement sanitaire où les prises de décision thérapeutiques et le paternalisme médical régnaient il n'y a encore pas si longtemps.

Le rétablissement nécessite une évaluation globale et pluriprofessionnelle afin de déterminer les ressources, les compétences préservées, les aspirations et l'inclusion sociale de chaque personne afin d'établir un projet de soins et de vie personnalisé.

Il faut pouvoir aider le patient à choisir l'environnement dans lequel il souhaite vivre et la voie professionnelle dans laquelle il souhaite évoluer, évaluer ce qu'il est en mesure de faire et le soutien à mettre en place pour se maintenir dans le milieu choisi.

C'est à nouveau la prise en compte du parcours de soin qui s'inscrit lui-même dans le parcours de santé et lui encore dans le parcours de vie de la personne qui doit prédominer dans la mise à disposition des ressources de soin. L'offre de soins devrait pouvoir fournir plusieurs niveaux d'interventions selon la situation clinique (premier épisode psychotique, aigu ou chronique, phases de sortie d'hospitalisation ou de décompensation subaigue au domicile, intensité des symptômes, comorbidités addictives notamment, état somatique, situations sociales...) et ajuster l'intervention en collaboration avec les autres partenaires²³. On voit là l'importance de l'évaluation qui permettra cette graduation dans le type de soins de réhabilitation psychosociale que nous développerons plus loin.

L'évaluation fonctionnelle intégrative initiale doit permettre une analyse des besoins exprimés par les patients, ceux objectivés par l'entourage et les professionnels mais aussi des compétences préservées, des facteurs de stress, des ressources personnelles et environnementales afin d'élaborer un projet personnalisé de soins de réhabilitation psychosociale adapté. Les activités de réhabilitation psychosociale visent à apprendre aux personnes à gérer leur maladie dans son impact sur leur qualité de vie .

L'ensemble du bilan intégratif doit être discuté avec le patient pour qu'il puisse prendre conscience de ses compétences préservées et de celles qui sont altérées afin d'en tenir compte dans l'élaboration de son projet de vie et de soins.

L'instruction du 16 janvier 2019²⁴ recommande aux structures de pouvoir offrir :

- Des programmes d'éducation thérapeutique ETP,
- Des programmes de remédiation cognitive,
- Des programmes d'entraînement aux habiletés sociales EHS,
- Des programmes de soutien aux familles.

Elle préconise une approche cognitive et comportementale et le recours à des activités avec médiation pour favoriser la généralisation des acquis à la vie quotidienne justifiant de fait la nécessaire évolution de l'offre de soins de l'ensemble des structures ambulatoires.

Outre ces outils thérapeutiques que nous allons détailler dans la suite de cette thèse, l'offre de soins de réhabilitation psychosociale intègre également toutes les démarches d'accompagnement social et médico-social faisant intervenir les structures de droit commun toutes aussi primordiales et indispensables.

L'accent est dorénavant mis sur la mise en synergie de tous ces soins (Remédiation Cognitive, Entraînement aux Habiletés Sociales, Éducation Thérapeutique Patient...) en lien avec le transfert des nouvelles compétences travaillées en séance, dans la « vraie vie ».

2) La disponibilité psychique aux soins de rétablissement

La réhabilitation psychosociale en psychiatrie repose sur un processus de diagnostic-planification-intervention²⁷ (DPI) de soins spécifiques.

Comme le précise l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, la procédure d'évaluation est bien codifiée et devrait comporter des évaluations psychiatrique, neuropsychologique et fonctionnelle, en utilisant des outils d'évaluation standardisés²⁸. Il s'agit d'une évaluation fonctionnelle intégrative pluridisciplinaire.

Le psychiatre se positionne en animateur d'une équipe pluridisciplinaire où chacun des membres, y compris lui, dispose d'une mission et d'un rôle bien défini. Il permet non seulement de valider l'orientation des patients mais également d'évaluer leurs besoins au décours d'entretiens individuels, de participer à l'élaboration des projets de soins individualisés et de participer à la coordination de l'évaluation pluridisciplinaire et des soins en lien avec les professionnels extérieurs.

Le diagnostic de réhabilitation psychosociale qu'il effectue évalue la pertinence de la demande et l'indication aux soins de rétablissement.

Contrairement au traditionnel diagnostic psychiatrique qui prend appui sur la description d'une symptomatologie, cette première étape a pour but d'évaluer la disponibilité au changement du patient.

Ainsi, le praticien aide le patient à déterminer lui-même sa propre disponibilité à ces soins ou, si nécessaire, à la développer puis à fixer son objectif global de rétablissement. Il l'aide également à évaluer ses atouts et ses fragilités dans le but de pouvoir retrouver réussite et satisfaction dans son environnement socio-culturel, familial et professionnel.

L'évaluation neurocognitive et de la cognition sociale par un neuropsychologue vise à identifier les difficultés et les compétences préservées afin de guider le choix du programme de soins de rétablissement vers le programme le plus adapté à chaque patient. Par le biais d'entretiens individuels, d'échelles et tests validés, elle prend en compte notamment les éléments suivants :

- Concentration, mémoire, raisonnement
- Troubles visuo-spatiaux, langage, communication
- Interactions sociales

L'utilisation de l'échelle STORI, issue des travaux d'Andresen et al²⁹, permet quant à elle de déterminer le stade de rétablissement où se situe le patient :

- stade moratoire : caractérisé par le déni, le repli, l'espoir d'une possibilité de se rétablir est très faible. A cette étape, l'entourage et les soignants doivent comprendre que lorsque la personne refuse des soins, c'est qu'elle refuse d'abord l'idée d'être malade ou ne peut en avoir conscience
- stade de conscience : émergence de l'espoir d'une amélioration, d'une vie enrichissante, acceptation de la maladie, distinction du soi et de la maladie, la personne peut endosser un autre rôle que celui de malade
- stade de préparation : caractérisé par la croyance en la possibilité d'un rétablissement et l'identification des ressources pour y parvenir et des faiblesses,
- stade de reconstruction : élaboration et développement d'actions pour améliorer son état, la personne reprend le pouvoir sur sa vie pour restaurer une identité positive en se fixant des objectifs personnels
- stade de croissance : caractérisé par une forme de bien-être, sans forcément une absence de symptômes mais avec une bonne gestion de la maladie par la personne et une redéfinition positive de soi.

D'autres échelles peuvent être utilisées pour compléter cette évaluation fonctionnelle, telles que l'ILSS (Independent Living Skills Survey) ou encore l'ELADEB (Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés et des Besoins). Ces outils sont complémentaires, l'ELADEB est une échelle de mesure subjective des difficultés et du besoin d'aide ; l'ILSS permet d'affiner le fonctionnement global de la personne tant d'un point de vue subjectif qu'avec le regard du professionnel. Elles permettent également de repérer les domaines où la personne se sent moins compétente et désirerait progresser. Cela fournit des indications précieuses sur les objectifs des personnes accompagnées qui vont alimenter la motivation au quotidien pour le rétablissement.

L'information apportée par cette évaluation fonctionnelle intégrative permet la planification des soins de réhabilitation psychosociale en fonction du stade de rétablissement³⁰, comme résumée dans le tableau 1. Les compétences et faiblesses ainsi que les besoins exprimés de chaque personne sont pris en compte et le projet personnalisé de soins permet de concrétiser la mise en place des interventions et techniques de soins spécifiques que nous allons détailler ci-dessous. Le projet doit comporter une description des soins de réhabilitation comprenant les objectifs attendus, concrets, ainsi que les actions d'accompagnement qui permettront la généralisation et le transfert des acquis dans la participation sociale (loisirs, logement, emploi, citoyenneté...) avec les partenaires impliqués dans la mise en application de ces actions.

L'accompagnement dans le milieu de vie écologique de la personne devrait être complémentaire aux programmes de remédiation cognitive ou d'entraînement aux habiletés sociales. Il faut pour cela coordonner les mises en situation en mode réel dans les suites de l'apprentissage en virtuel pendant les séances.

Stades de rétablissement, d'après Andresen	Interventions
Moratoire	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement dans le soin, construction d'une alliance thérapeutique - Normalisation des symptômes - Suivi intensif dans le milieu, aller au devant des patients
Conscience	<ul style="list-style-type: none"> - Psychoéducation individuelle et/ou familiale - Traitement des comorbidités - TCC
Préparation	<ul style="list-style-type: none"> - TCC - Remédiation cognitive - Entraînement aux habiletés sociales
Reconstruction	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien à l'emploi ou à la formation - Engagement dans de nouvelles activités et nouveaux rôles sociaux
Croissance	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'intervention spécifique, peu d'interventions professionnelles

Tableau 1 : interventions de RPS en fonction des stades de rétablissement d'Andresen³¹

3) La remédiation cognitive

Des troubles cognitifs sont fréquemment associés aux pathologies mentales, y compris lors des périodes de rémission symptomatique et impactent le pronostic fonctionnel des personnes souffrant de pathologie mentale.

Plusieurs études montrent que 75% des patients atteints de schizophrénie présentent des altérations cognitives³².

Les troubles cognitifs sont hétérogènes d'un patient à l'autre et peuvent toucher :

- les processus de neurocognition qui permettent le traitement aspécifique des informations reçues. Ils comprennent la mémoire, l'attention, le langage et les fonctions exécutives,
- les processus de métacognition qui permettent d'assimiler son propre fonctionnement cognitif prenant en compte les biais cognitifs. Ils intègrent les connaissances métacognitives du patient sur ses capacités et ses difficultés, les connaissances procédurales se référant à la manière de réaliser une tâche et les connaissances conditionnelles permettant de savoir quand et comment utiliser telle ou telle compétence³³
- et/ou les processus de cognition sociale qui permettent de prendre en compte le fonctionnement cognitif et les émotions d'autrui et d'interagir de manière adaptée

avec les personnes qui nous entourent. Ils correspondent donc à la théorie de l'esprit, au traitement émotionnel et au style attributionnel.

Il est primordial de les identifier le plus précocement possible afin de les prendre en charge rapidement. En effet, de tels troubles sont observés dès le premier épisode psychotique et ils impactent de manière négative l'autonomie des patients en interférant dans les relations sociales, les activités professionnelles, les loisirs et tout type d'interactions psychosociales.

Si certains troubles cognitifs sont secondaires aux symptômes de la maladie mentale, (par exemple un déficit attentionnel peut être lié à une forte activité hallucinatoire) et peuvent être améliorés par les traitements psychotropes, certains de ces troubles, primaires, résistent au traitement. C'est pourquoi le développement d'une thérapie autre, la remédiation cognitive, complémentaire aux thérapies pharmacologiques et psychothérapeutiques a vu le jour. Cette technique s'inscrit dans le processus de rétablissement et vise à limiter l'impact des déficits cognitifs dans la vie quotidienne des patients par l'entraînement des processus altérés ou le renforcement des processus préservés afin de développer des compétences alternatives.

L'évaluation neuropsychologique est nécessaire au préalable afin de définir le programme de remédiation cognitive le plus adapté à chaque patient et fait partie du bilan intégratif demandé pour mettre en place tous les soins de rétablissement comme nous l'avons vu précédemment.

La remédiation cognitive a pour but de limiter l'impact des troubles cognitifs et de permettre de développer des stratégies de traitement de l'information qui pourront être utilisées dans différentes situations de vie quotidienne. Plusieurs études et méta-analyses mettent en évidence l'efficacité de la remédiation cognitive^{32,34-36}.

Des résultats probants suggèrent que la remédiation cognitive a un effet modéré mais significatif sur la cognition (0.41) et le fonctionnement social (0.36) et un effet faible mais significatif sur les symptômes (0.28) et ce, quel que soit le programme utilisé et sa durée. Par ailleurs, les effets de la remédiation cognitive sont d'autant plus importants que cette technique est associée à d'autres techniques de réhabilitation psycho-sociale (0.47). Les bénéfices semblent se maintenir dans le temps d'après plusieurs études mais cela demanderait à être confirmé par davantage d'études³⁵.

Une seconde méta-analyse de grande ampleur confirme l'effet positif (faible à modéré) de la remédiation cognitive, combinée à d'autres techniques de rétablissement, sur le fonctionnement global et les performances cognitives et ce, sur le long terme. Les bénéfices sont plus importants pour les patients présentant une symptomatologie moindre mais les effets sont constatés quel que soit le niveau symptomatique et l'âge des patients³⁶.

D'autres études commencent à se pencher sur les autres pathologies mentales telles que les troubles bipolaires³⁷. L'efficacité de la remédiation cognitive sur la mémoire et le fonctionnement global y est démontrée chez des patients euthymiques souffrant de trouble bipolaire.

La cognition sociale, comme nous l'avons vu précédemment, correspond à l'ensemble des processus nous permettant de se représenter les autres, de réguler nos émotions, d'établir des normes morales et sociales et donc de coopérer et de nous adapter à un groupe et à la société, peut également être altérée par les pathologies mentales. Le handicap fonctionnel qui en résulte n'est pas à négliger puisqu'il entraîne une baisse de la qualité de vie, un isolement, des tensions relationnelles et parfois des comportements criminels³⁸. Des fonctions cognitives transversales sont impliquées, telles que le langage, la mémoire et les fonctions exécutives. Il est donc primordial d'intégrer l'évaluation de la cognition sociale au bilan initial et, le cas échéant au projet de soins.

L'amélioration des fonctions cognitives permet une amélioration de la qualité de vie³². Cette amélioration est objectivée par l'utilisation d'échelles standardisées. L'effet est également perçu sur les capacités de travail et sur le fonctionnement global des patients et semble corrélé notamment à une amélioration de la mémoire de travail et de la vitesse de traitement des informations.

Ainsi, il est démontré par un ensemble d'études l'efficacité de la remédiation cognitive, ce d'autant qu'elle est associée à d'autres prises en charge de réhabilitation psychosociale, qu'elle intègre des mises en situation et qu'elle est individualisée selon les besoins de chaque patient.

Ces études seraient à compléter par des études au long cours afin de voir si les effets démontrés persistent dans le temps. Par ailleurs, si la remédiation cognitive dans les troubles psychotiques et la schizophrénie est de plus en plus étudiée, il serait intéressant que de futures recherches explorent ce type de prise en charge dans les autres pathologies mentales.

4) L'affirmation de soi et l'entraînement aux habiletés sociales

Les habiletés sociales correspondent à l'ensemble des comportements verbaux et non verbaux qui permettent de communiquer nos émotions, nos besoins et de s'ajuster dans la vie de tous les jours et dans la communauté. Ces comportements résultent de processus cognitifs et affectifs.

Ainsi, les habiletés sociales sont primordiales pour le fonctionnement social et peuvent se décliner en trois domaines²⁰ :

- Les habiletés réceptives ou la capacité à identifier et comprendre les éléments importants d'une situation sociale,
- Les habiletés décisionnelles qui amènent au choix d'une réponse appropriée à la situation avec une adaptabilité et une flexibilité,
- Les habiletés comportementales verbales et non verbales qui correspondent à la réponse choisie.

Elles interviennent donc dans l'ensemble des relations interpersonnelles que ce soit au sein de la famille, avec les proches ou dans la société.

Les pathologies mentales peuvent influencer les capacités d'habiletés sociales, par une inhibition anxieuse ou des obstacles cognitifs. Parfois il s'agit d'un déficit acquis par défaut d'apprentissage. Ces différents concepts seront à aborder dans la prise en charge.

L'objectif de l'entraînement aux habiletés sociales consiste à accéder à des échanges sociaux adaptés pour une vie relationnelle efficace et satisfaisante. Pour cela, les programmes visent à augmenter les compétences de communication, à mieux identifier et maîtriser les réactions émotionnelles et d'apprendre à faire face aux situations interpersonnelles de la vie courante. Ces programmes se déroulent principalement en groupe.

Par le biais de mises en situation, l'acquisition d'un savoir-faire est recherchée afin de fluidifier les interactions sociales à venir. Les objectifs sont très variés, il peut s'agir d'amener le patient à savoir lancer une conversation, demander une information, savoir faire face à une critique ou un compliment, oser défendre ses droits ou ses opinions, savoir dire non, mais aussi préparer un entretien d'embauche par exemple, comme dans le programme Individual Placement and Support (IPS) que nous détaillerons par la suite.

Un travail d'affirmation de soi et de restauration de la confiance en soi est en général couplé aux habiletés sociales et cherche à augmenter le sentiment d'efficacité personnelle.

Différentes études et méta-analyses s'intéressent à cette technique de réhabilitation psychosociale. Est mise en évidence une efficacité modérée mais significative de l'entraînement aux habiletés sociales sur l'acquisition de compétences sociales (0.77), sur le fonctionnement social (0.32) et sur l'autonomie³⁹.

L'efficacité sur les symptômes négatifs rencontrés dans les troubles psychotiques est également retrouvée⁴⁰

Comme pour la remédiation cognitive, l'intégration de cette technique à d'autres techniques de rétablissement apporte une plus grande efficacité. De plus, une généralisation des acquis à la vie quotidienne doit être mieux appréhendée par des techniques de transfert et de tâches à domicile.

5) La psychoéducation et l'éducation thérapeutique

5.1 Description

L'éducation thérapeutique et la psychoéducation s'inscrivent dans les parcours de soins des patients et devraient pouvoir être proposées de manière systématique. Elles puisent leur fondement dans la médecine, mais aussi la pédagogie et les sciences humaines et sociales⁴¹. Elles accordent une place prépondérante aux patients, pleinement acteurs de leur santé.

Elles peuvent se décliner en individuel, en groupe et également être proposées aux proches et aux familles des patients atteints de pathologies psychiatriques.

Ces techniques ne sont pas propres à la psychiatrie. Elles existent également pour des pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle pour lesquelles elles ont fait leur preuve.

Elles ont pour objectifs d'améliorer la qualité de vie des patients, leur autonomie, l'empowerment et l'adhésion aux traitements médicamenteux. Elles visent également à permettre d'identifier les facteurs de stress, les facteurs de protection et les signes avant-coureurs d'une rechute.

De plus, par la transmission d'informations personnalisées, la psychoéducation et l'éducation thérapeutique participent à la reconstruction d'une identité propre et à la diminution de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation.

Finalement, ces techniques visent à faire acquérir à la personne des compétences pour gérer au mieux leur vie quotidienne avec une pathologie chronique.

Les prises en charge groupales ont l'avantage de permettre un partage expérientiel non négligeable. Un des éléments primordiaux est la relation de soins et la place centrale qui doit être donnée au patient. Celui-ci doit pouvoir se sentir suffisamment à l'aise et en confiance pour pouvoir interagir, poser des questions et prendre des décisions.

La mise en place de ces techniques de rétablissement nécessite une évaluation initiale qui doit identifier les besoins du patient, ses connaissances sur sa maladie et ses ressources, propres et environnementales. La définition de compétences à acquérir se fait avec le patient suite à cette évaluation.

La psychoéducation regroupe les dimensions pédagogique, psychologique, comportementale et cognitive. La transmission d'informations va nécessiter un accompagnement pour leur appropriation, le développement de compétences et la mobilisation des ressources propres à chacun dans le fonctionnement quotidien.

En ce qui concerne l'éducation thérapeutique, il s'agit de programmes codifiés. La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini des critères de qualité que doit remplir ces programmes⁴² :

- être centré sur la personne avec des prises de décision partagées,
- se baser sur des informations scientifiquement prouvées, enrichies par les échanges expérientiels des patients et/ou de leurs proches,
- faire partie intégrante de la prise en charge,
- concerner la vie quotidienne des patients en s'intéressant aux facteurs sociaux, environnementaux et psychologique,
- être adapté à l'évolution de la maladie,
- être réalisé par des professionnels de santé pluridisciplinaires et formés à cette technique de rétablissement,
- s'appuyer sur une évaluation des besoins et de l'environnement du patient,

- se construire avec le patient, en impliquant autant que possible les proches de celui-ci,
- s'adapter au profil éducatif et culturel des patients, respecter leur rythme d'apprentissage,
- être organisé dans le temps avec un contenu défini, lors de séances collective ou individuelles,
- inclure une évaluation individuelle

Il s'agit donc d'un processus graduel permettant aux patients et à leurs proches d'acquérir un savoir et une meilleure compréhension de leur pathologie, pouvant alors entraîner une modification des représentations et des comportements. Il s'agit de démarches continues qui nécessitent des adaptations au fil de l'évolution de la maladie, de l'expérience de la gestion par le patient et selon les demandes du patient ou de ses proches.

5.2 La psychoéducation pour les patients

La psychoéducation vise donc l'acquisition et le développement de connaissances pour comprendre et gérer ses troubles au quotidien. L'objectif final reste l'amélioration de la qualité de vie.

Différents thèmes vont pouvoir être abordés dans les séances de psychoéducation individuelles ou groupales autour de l'évolution des pathologies, des traitements à dispositions, de la gestion de « crises », du soutien social et associatif existant, de la reconnaissance et de la gestion des émotions engendrées ...

L'échange entre les professionnels et les patients sous forme de partenariat mais aussi le partage expérientiel entre les patients sont les éléments indispensables à la psychoéducation.

Il est nécessaire d'adapter l'intervention psychoéducative selon la phase de rétablissement où en est le patient⁴³ comme nous l'avons déjà évoqué auparavant :

- dans la phase moratoire, il s'agit d'accompagner le patient vers un engagement dans les soins et la régulation émotionnelle,
- dans la phase de conscience, la prise de conscience des difficultés mais aussi des ressources doit être développée et les interventions doivent pouvoir réintroduire l'espoir pour le patient,
- dans la phase de préparation, la distinction entre ce qui est de la maladie et ce qui est propre à la personne devra être clarifiée et des stratégies adaptatives devront être recherchées,
- enfin, dans la phase de reconstruction, le transfert des acquis dans les situations de vie quotidienne doit être accompagné dans l'optique d'autonomiser les patients en dehors des structures de soins.

Des formats psychoéducatifs peuvent être proposés à des patients souffrant de pathologies différentes. Bien que les études soient peu nombreuses, il semble que ce type d'intervention permette une meilleure compréhension de la maladie et une meilleure alliance thérapeutique⁴³.

Il est nécessaire d'associer la psychoéducation à d'autres soins de rétablissement et aux soins classiques des troubles psychiatriques tels que les traitements pharmacologiques et les psychothérapies.

Une revue de littérature de 2013 étudie l'efficacité de la psychoéducation dans le cadre de la dépression⁴⁴ et met en évidence l'amélioration du pronostic des patients souffrant de dépression, en complément d'une prise en charge thérapeutique et psychothérapeutique adaptée. L'effet est constaté sur l'adhésion au traitement, l'atténuation de la symptomatologie et l'amélioration du fonctionnement social.

Concernant les troubles bipolaires, l'approche psychoéducative a un niveau de preuve élevé. Les études récentes montrent qu'elle permet une reconnaissance précoce des symptômes annonciateurs d'une rechute, l'amélioration de l'observance thérapeutique, l'acceptation du trouble, une meilleure gestion des facteurs précipitants et un meilleur fonctionnement socio-professionnel et familial. Ainsi, la qualité de vie est augmentée, le nombre de rechutes et la durée d'hospitalisation sont moindres que pour les patients n'ayant pas accès à ce type de soins⁴⁵.

Une méta-analyse de 2009⁴⁶ met en évidence un effet faible mais significatif de la psychoéducation sur les symptômes dépressifs et anxieux ($d = 0.20$) et aurait une influence sur le taux de tentative de suicide en améliorant l'adhésion au traitement et les connaissances de la maladie. Cependant, l'ensemble de ces résultats seraient à confirmer par d'autres études.

5.3 La psychoéducation familiale

30 à 65% des personnes souffrant de trouble psychiatrique vivent au sein du domicile familial⁴⁷

Par le passé, les familles ont longtemps été considérées comme responsables des troubles mentaux de leurs proches, avant de devenir de véritables alliés dans la prise en charge. Dès les années 1980 de premières études évaluent la psychoéducation dans son approche familiale⁴⁸.

Les auteurs justifient leurs recherches devant l'influence des relations intrafamiliales sur l'évolution des pathologies, notamment la schizophrénie et les troubles schizoaffectifs. En effet, une hypostimulation par l'environnement proche est corrélée à une majoration des symptômes négatifs. A contrario, les familles ayant une forte expression des émotions (notamment par le biais de critiques, d'hostilité ou de surprotection) sont plus susceptibles de favoriser les rechutes de leurs proches atteints de schizophrénie. En effet, dans de telles

familles, les patients ont un taux de rechute de 50% à 9 mois post hospitalisation contrairement aux patients évoluant au sein de familles plus modérées dans leurs émotions qui ont un taux de rechute à 9 mois de 8 à 13%^{48,49}

L'objectif attendu des prises en charge familiales en psychoéducation est de diminuer l'anxiété et l'implication émotionnelle générées par la maladie en favorisant les connaissances et une meilleure compréhension de la pathologie et de son évolution pour diminuer les tensions liées à celle-ci. Elles visent à améliorer la communication entre la personne malade et son entourage.

Les résultats sont en faveur d'une diminution des rechutes (figure 4) et des tensions intrafamiliales et d'un meilleur fonctionnement social. Les rechutes sont d'autant plus rares que la psychoéducation familiale est couplée à la prise en charge habituelle, pharmacologique et psychothérapeutique et à une prise en charge psychoéducative du patient lui-même⁴⁹. Ces résultats persistent dans le temps, à 15 mois, 40% des patients dont les familles ont bénéficié d'une prise en charge ont rechuté alors que ce taux augmente à 78% chez les patients sans prise en charge familiale. D'autres résultats mettent en évidence, la durabilité des effets. Après 2 ans de suivi, est constatée une meilleure qualité de vie avec moins de temps passé en hospitalisation, des symptômes moins sévères, des meilleures relations sociales et familiales. Les taux de rechutes chez des patients dont les familles ont bénéficié de psychoéducation est de 29% à 2 ans, 50% pour les patients ayant bénéficié d'entraînement aux habiletés sociales seul, 25% lorsque ces deux prises en charge ont été combinées et 60% pour les patients n'ayant que recours aux traitements pharmacologiques. Des études plus récentes⁵⁰ confirment l'ensemble de ces résultats et détaillent les bénéfices d'une psychoéducation familiale. Ceux-ci sont constatés non seulement sur le taux de rechutes mais aussi sur la sévérité de la symptomatologie, le fonctionnement social, les capacités à travailler et la compliance au traitement. Concernant la famille elle-même, ce soin permet de diminuer le sentiment de fardeau.

Des modalités de psychoéducation multifamiliale sont également possibles.

Plusieurs programmes ont été développés, essentiellement pour les proches de patients souffrant de troubles psychotiques tels que :

- Profamille⁵¹ : programme multifamilial qui comporte une séance d'engagement, un module initial de 14 séances hebdomadaires et d'un module d'approfondissement et de consolidation de 8 séances. Trois séances individuelles peuvent aussi être proposées.
- AVEC⁵¹ (Accompagner Valider Echanger et Comprendre) : programme multifamilial, deux formats sont possibles, le premier comporte 24 rencontres, le second est plus bref et comporte 8 rencontres hebdomadaires. Il intègre des notions sur les techniques de TCC.
- BREF⁵² : programme unifamilial, qui comporte 3 séances d'une heure, animées par 2 professionnels et d'un suivi post-programme à 3 mois. Les objectifs de ce programme sont de motiver les aidants à se faire aider, d'informer sur la maladie, les

traitements et les dispositifs existants, de développer l'alliance thérapeutique et d'individualiser l'accueil des familles.

Hormis la schizophrénie pour laquelle de nombreuses études ont vu le jour, l'impact des relations familiales est également retrouvé dans les autres pathologies mentales. Une approche psychoéducative peut donc s'envisager auprès des familles de ces patients. Des résultats similaires à ceux trouvés dans la schizophrénie sont retrouvés pour les troubles bipolaires, la psychoéducation familiale permet de diminuer le taux de rechute de patients bipolaires de 54 à 35%, d'en réduire l'expression symptomatique, d'améliorer l'adhésion aux traitements et donc, de diminuer le recours aux hospitalisations⁴⁷.

Bien que moins étudiés pour le moment, des résultats similaires sont retrouvés pour la dépression⁴⁴, les troubles obsessionnels et compulsifs, le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) et les troubles de la personnalité borderline.

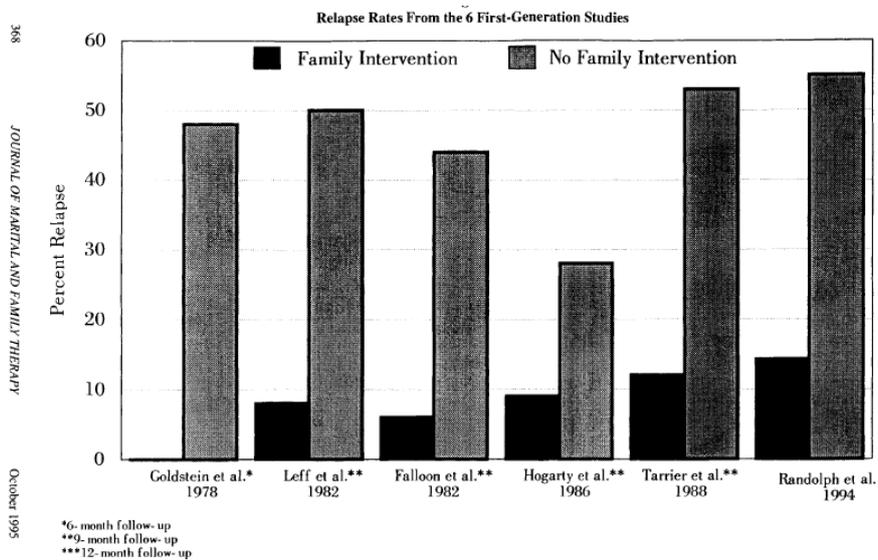


Figure 4 : taux de rechutes chez des patients psychotiques ayant bénéficié ou non de psychoéducation familiale⁴⁹

6) L'accompagnement médico-social

Il est important de noter que la réhabilitation psychosociale comporte deux temps intriqués :

- un temps de soins
- un temps orienté vers le projet de vie

Actuellement, le champ de la réhabilitation psychosociale tend, sous l'influence des organismes de planification et de financement, à se scinder en un secteur sanitaire et un secteur social. Dans le premier, on retrouve la gestion des traitements psychotropes, base

préalable à toute réhabilitation (à condition d'être prescrits à la juste dose et d'être bien suivis) et des techniques de remédiation, destinées à améliorer les performances cognitives, modifier les attitudes vis-à-vis de la maladie et rendre plus aisées les relations aux autres. Dans le second, figure tout ce qui concerne l'aide au logement (accession ou maintien) dans sa forme la plus adaptée, la réinsertion professionnelle, l'accès à la vie culturelle et les structures mises en place par les familles et les personnes souffrant de handicap elles-mêmes.

Cette façon d'envisager la réhabilitation psychosociale risque de pérenniser un clivage ancien et à compliquer le développement des réseaux de soins communautaires, qui s'appuient largement en France sur un tissu associatif avec lequel il est indispensable de travailler à la création ou au maintien d'un socle de valeurs partagées.

Un autre schéma organisationnel est cependant possible : la création d'un réseau entre les professionnels des deux secteurs, dans l'idée d'un travail de remédiation en situation écologique. La création d'une culture de travail commune pourrait en être facilitée.

A partir du moment où le patient sera suffisamment stabilisé, pourront lui être proposées des actions qui vont l'accompagner dans son projet de vie, qui seront du registre médico-social ou celui d'un retour vers la citoyenneté.

Ainsi, les structures comme les SAMSAH, les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), les actions bénévoles, le sport, la culture soutenus par les Conseils Locaux de Santé Mentale permettent, dans le maintien de la continuité des soins, d'accompagner le retour du patient da la communauté.

Il est à noter que plusieurs équipes anglo-saxonnes, dans leur politique de santé, ont imaginé un processus de réhabilitation psychosociale en dehors de cette approche « projet de soins-projet de vie ». Pour elles, l'accès au logement ou le travail sont des points de départ de la mise en place de soins de réhabilitation psychosociale⁵³.

L'initiative « Housing first » a été développée par le Docteur Sam Tsemberis au début des années 1990, aux Etats-Unis, pour aider les personnes souffrant de troubles psychiques qui vivaient dans la rue et qui faisaient régulièrement des séjours en hôpital psychiatrique. Par la suite, le public cible s'est élargi aux personnes qui faisaient de longs séjours en centre d'hébergement pour personnes sans domicile et à celles risquant de se retrouver sans abri à leur sortie d'hôpital psychiatrique. Dans le cadre de cette approche, on utilise le logement comme point de départ plutôt que comme objectif final. Le logement d'abord permet d'accéder rapidement à un logement stable en milieu ordinaire, combiné avec des services mobiles d'accompagnement proposant des visites à domicile pour aider la personne à se maintenir dans son logement, à améliorer son état de santé, son bien-être et son intégration sociale. Il ressort qu'en mettant fin au « sans-abrisme » des personnes qui ont des besoins élevés d'accompagnement, le logement d'abord permet une diminution des recours par celles-ci aux services psychiatriques, aux services médicaux d'urgence et au système judiciaire. Fort des résultats positifs des programmes Américains et Canadiens, le concept

« un chez soi d'abord » se développe depuis quelques années en France et en Europe. Des résultats probants sont retrouvés puisque dans la plupart des cas, les services européens fondés sur le logement d'abord permettent de mettre un terme au sans-abrisme d'au moins huit personnes sur dix⁵⁴. En France, après une période expérimentale de 4 ans dans quatre villes (Lille, Marseille, Paris et Toulouse), ce type d'offre s'est pérennisé et doit se déployer à d'autres territoires dans les années à venir. Le projet toulousain est co-porté par le Centre hospitalier Gérard Marchant, l'association Clémence Isaure et Soliha.

L'amélioration des traitements pharmacologiques depuis les dernières décennies, la tendance générale à la désinstitutionnalisation, permettent d'envisager le retour à l'emploi comme une possibilité et non plus une utopie irréaliste. De nombreuses recherches ont vu le jour⁵⁵⁻⁵⁷ et convergent vers le même constat : seuls 15 à 20% des personnes présentant un trouble psychiatrique sévère travaillent alors qu'une écrasante majorité (80 à 90%) souhaiterait trouver un emploi. Elles mettent également en évidence les nombreuses répercussions positives, d'une activité professionnelle, non seulement économiques mais aussi du point de vue personnel :

- statut social, reconnaissance de la société, respect de ses droits civils
- meilleure estime de soi
- restauration d'une identité positive
- rythme de vie et structuration des journées
- liens sociaux
- indépendance financière
- amélioration de la qualité de vie
- ... etc.

Cette question fait désormais partie des priorités dans les prises en charge. Encore largement prédominant, le travail protégé se voit concurrencé par le modèle de soutien à l'emploi « Individual Placement and Support » (IPS) qui procède par immersion dans le milieu professionnel ordinaire avec un renversement d'une stratégie dite « train and place » vers une stratégie dite « place and train ».

Il repose sur 8 principes⁵⁸ :

- Recherche rapide d'emploi
- L'objectif visé est un emploi en milieu ordinaire
- La priorité est donnée aux préférences de la personne
- Exclusion zéro : tout patient présentant un trouble psychiatrique et désirant accéder à l'emploi peut en bénéficier
- Soutien sans limite de durée
- Etroite articulation requise entre les services de soins et ceux d'accompagnement vers le travail
- Informations sur les avantages sociaux et les modifications engendrées en cas d'obtention d'un poste
- Développement systématique d'un réseau d'employeurs

Ce programme est à l'essai dans plusieurs régions françaises. Une revue de littérature de 2008⁵⁹ réactualise les connaissances autour de cette approche et confirme à nouveau sa meilleure efficacité par rapport aux autres programmes de soutien à l'emploi. En effet, 61% des personnes bénéficiant du programme IPS retrouvent un emploi, contre 23% dans les groupes contrôles et les deux tiers travaillent plus de 20h par semaine. Le maintien à l'emploi de ces personnes est similaire à celui des groupes contrôles mais dépend néanmoins de la durée du suivi d'accompagnement IPS.

Pour conclure, la réhabilitation psychosociale reste strictement dépendante des dispositifs et de la culture de soins des territoires. Le rapport Hardy-Baylé a montré combien l'implémentation de dispositifs indépendamment d'une bonne connaissance de ces éléments de réalité est vouée à l'échec.

III/ Analyse territoriale des ressources en réhabilitation psychosociale sur le territoire de la CPT Haute Garonne et Tarn Ouest

1) Introduction

Nous avons donc vu que la tendance actuelle est d'axer les soins vers l'ambulatoire qu'il faut repenser et réorganiser afin de pouvoir offrir les techniques validées de réhabilitation psychosociale. Une coordination interprofessionnelle est un des éléments indispensables.

Mais l'offre de soins reste inégale sur l'ensemble du territoire et un des freins à une orientation optimale des patients selon leurs besoins est le manque de lisibilité. C'est de ce constat qu'est partie notre réflexion. Le projet de ce travail a alors été initié dans le cadre du groupe de travail de réhabilitation psychosociale de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) de Haute Garonne et du Tarn Ouest et est appuyé par l'Agence Régionale de Santé Occitanie. In fine, ce diagnostic exploratoire des structures de soins de rétablissement a pour but d'enrichir le travail d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) afin de construire un réseau territorialisé de soins de rétablissement. Il s'intègre dans les projets actuels de développement de centres de proximité et de centres supports de réhabilitation psychosociale.

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale déjà existante sur le territoire de la CPT Haute Garonne et Tarn Ouest.

Il s'agit, dans un premier temps, de pouvoir recenser les différentes structures présentes sur ce territoire qui offrent des soins de rétablissement. Nous serons amenés à mieux définir les spécificités de chaque structure.

Dans un second temps, l'objectif est une intégration des résultats de cette enquête au site internet Aquirehab afin de compléter les données déjà existantes pour la Nouvelle Aquitaine. Ce site sera complémentaire de l'annuaire Viapsy⁶⁰, existant pour les structures

psychiatriques d'Occitanie et permettra une cartographie territoriale des structures de réhabilitation psychosociale.

2) Matériels et méthodes

Afin de réaliser un recensement des structures de soins offrant une prise en charge en réhabilitation psychosociale au plus proche de la réalité, une étude exploratoire a été réalisée et s'appuie sur une analyse des services rendus. Il s'agit d'une approche à la fois quantitative et qualitative sur la structuration de l'offre de soins en réhabilitation psychosociale.

Pour cela, un questionnaire a été préalablement établi de la manière suivante :

- un travail similaire a été réalisé dans le cadre d'une mission de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine par Mme Amély Portron⁶¹ pour la promotion de la réhabilitation psychosociale dans cette région. Celui-ci a soutenu les préconisations demandées sur le centre de niveau 1 de Bordeaux.
- forts de ces éléments, nous avons élaboré en lien avec les médecins et les membres pilotes du groupe de travail de la CPT, un nouveau questionnaire (annexe 1). Ce dernier répond aux recommandations de l'instruction de janvier 2019 tout en étant plus orienté sur les pratiques cliniques des structures.

Les critères d'inclusion sont résumés dans le tableau 2 ci-dessous. Ont été incluses dans cette enquête les structures publiques et les établissements privés d'intérêt collectif offrant des soins ambulatoires ou d'hospitalisation de jour et appartenant au territoire de la CPT de Haute Garonne et du Tarn Ouest.

C'est en effet à la CPT que le Groupement Hospitalier de Territoire a confié l'organisation des soins psychiatriques et l'élaboration d'un projet médical et paramédical partagé et c'est dans le cadre du groupe de travail sur la réhabilitation psychosociale que cette étude a été demandée.

Seules les structures de prises en charge à temps partiel tels que les hôpitaux de jour et les centres de post-cure ont été incluses dans l'étude, qu'elles soient du domaine de la psychiatrie adulte ou de la pédopsychiatrie. Les centres de consultations, centres médico-psychologiques et les structures d'hospitalisation à temps complet n'ont quant à eux pas été retenus pour ce travail.

Structures sanitaires
Structures publiques ou privées d'intérêt collectif
Hôpital de jour ou centre de post-cure
Sur le territoire de la CPT Haute Garonne et Tarn Ouest
Structures de psychiatrie adulte ou de pédopsychiatrie

Tableau 2 : critères d'inclusion

Les chefs de service ont été préalablement informés de notre démarche. Puis, le questionnaire a été transmis par l'intermédiaire d'un mail aux médecins responsables et aux cadres de santé de toutes les structures psychiatriques ambulatoires répondant aux critères d'inclusion de l'étude indiqués ci-dessus sous forme d'un questionnaire en ligne.

Le temps imparti pour répondre s'est étalé du 16 juillet 2019 au 04 octobre 2019. Un second envoi a été réalisé le 09 septembre 2019 aux structures n'ayant pas répondu ou ayant répondu partiellement et un dernier rappel a été effectué 1 semaine avant la clôture de l'enquête.

3) Résultats

Un total de vingt-cinq structures correspondant aux critères d'inclusion a été intégré à l'enquête et soumis au questionnaire en ligne. (Liste en annexe)

Vingt-quatre réponses ont été reçues parmi lesquelles :

- deux réponses concernant des structures ne répondant pas aux critères d'inclusion,
- quatre concernant des structures pour lesquelles une autre réponse plus complète a été reçue,
- et une réponse trop partielle pour pouvoir être exploitée.

Ainsi, dix-sept réponses (14 complètes et 3 incomplètes) ont pu être exploitées et analysées, soit un taux de réponse de 68% permettant un premier éclairage sur les ressources existantes en réhabilitation psychosociale en termes de ressources humaines, d'offre de soins et de services pour le rétablissement fonctionnel, d'actions mises en œuvre pour le rétablissement socioprofessionnel et de gestion du parcours patient.

76% des répondants concernent des hôpitaux de jour et 24% des centres de post-cure.

Un des premiers constats qui ressort de cette étude est la difficulté actuelle rencontrée par une majorité des professionnels dans la lisibilité des dispositifs permettant une bonne coordination du parcours patient (figure 6). Ce manque de lisibilité et de connaissances des possibilités d'aval relaté par près de 60% des professionnels est un frein majeur à une orientation optimale des patients vers les soins qui leurs sont le plus adaptés.

D'autres difficultés émergent des réponses reçues, notamment autour du manque de temps nécessaire à la bonne coordination et du manque d'échanges autour des situations cliniques des patients et leur anamnèse. Les nouvelles technologies par le biais de visio-conférences ont un rôle essentiel pour faciliter ces échanges malgré le peu de temps disponible pour l'ensemble des soignants.

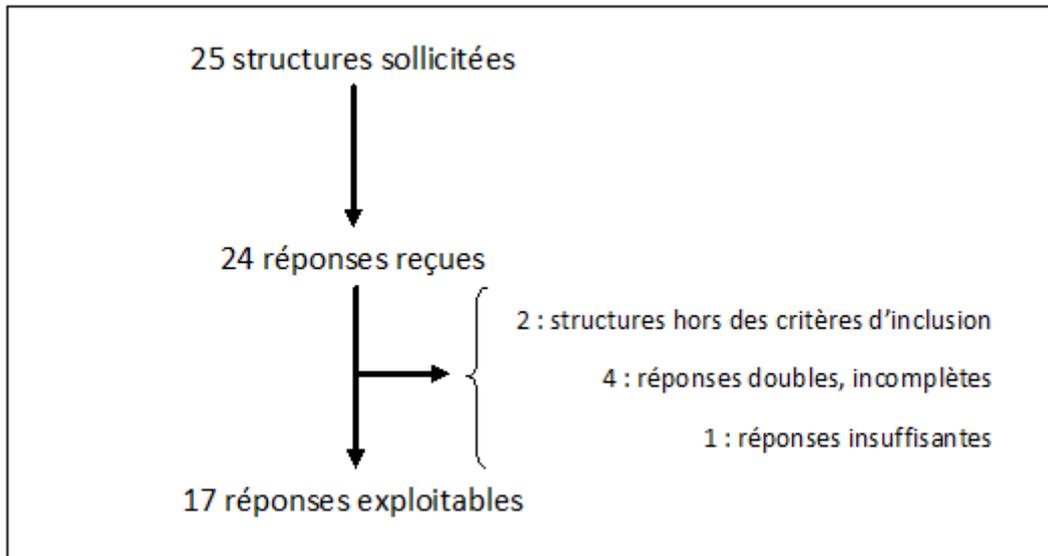


Figure 5 : flow chart

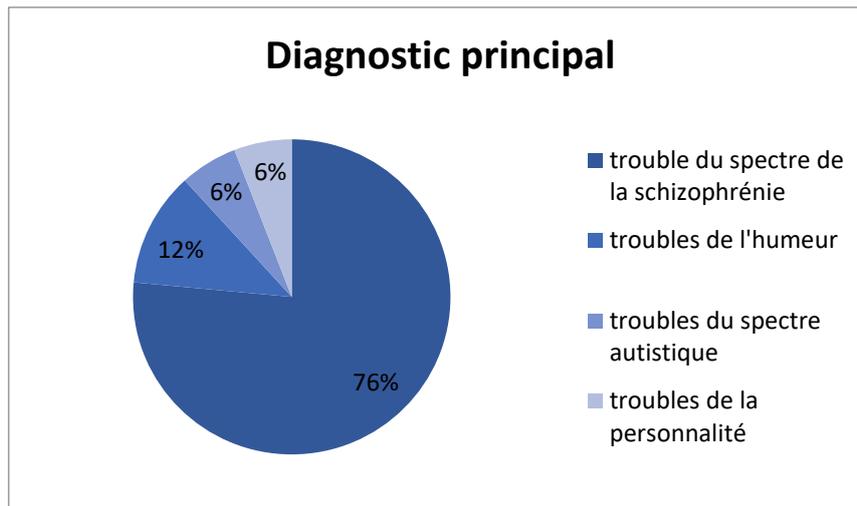


Structures enquêtées : 25 / répondants : 14

Figure 6 : proportions de structures déclarant avoir des difficultés de lisibilité des dispositifs existants

3.1) population accueillie

Pour plus de trois-quarts des structures, les troubles psychotiques représentent le diagnostic principal majoritaire des patients accueillis.



Structures enquêtées 25 / répondants : 17

Figure 7 : proportions de patients selon leur diagnostic principal

3.2) les ressources humaines

Comme nous l'avons vu, la réhabilitation psychosociale demande une prise en charge pluridisciplinaire sanitaire et socio-éducative. Chacun des professionnels apporte des compétences qui sont propres à sa fonction.

Les différentes ressources humaines disponibles dans les structures enquêtées sont résumées dans les figures 8 et 9 ci-dessous.

L'ensemble des structures enquêtées bénéficie d'un temps de psychiatre. Il ressort des résultats leur rôle dans l'évaluation de la pertinence de la demande de soins de rétablissement pour les patients lors des entretiens médicaux initiaux, réalisés systématiquement dans l'ensemble des structures mais aussi leur rôle de coordinateur du parcours patient. Nous constatons également qu'ils participent peu aux soins spécifiques hormis la psychoéducation. A l'inverse, lorsqu'un soutien aux aidants est proposé par les structures, le psychiatre y intervient dans 100% des cas.

La présence infirmière est également constante. Il s'agit des compétences les plus mobilisables. En effet, dans les structures ayant répondu à l'enquête, on constate que les IDE interviennent de manière quasi systématique dans l'ensemble des soins spécifiques (remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, éducation thérapeutique, psychoéducation) et également dans l'évaluation initiale des patients.

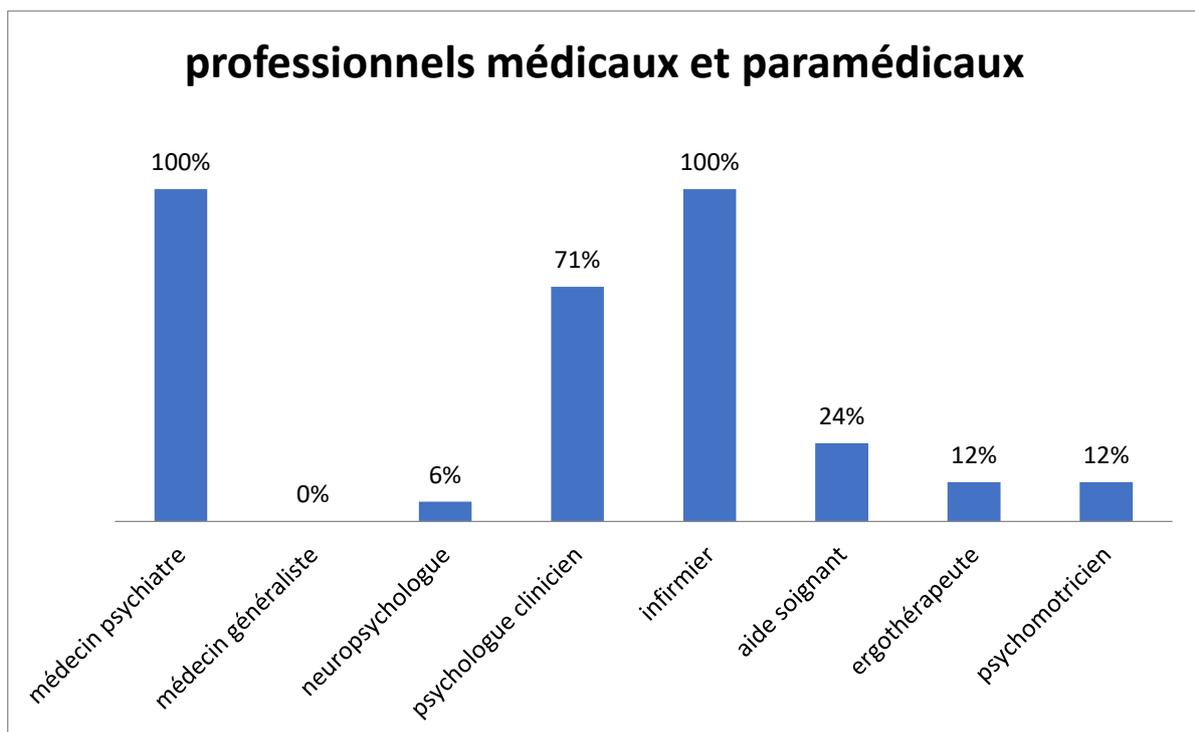
Dans trois quarts des structures interrogées intervient un psychologue clinicien ou un neuropsychologue. Au-delà de leurs évaluations qui permettent, comme nous l'avons vu, d'objectiver et de quantifier les capacités préservées et le déficit cognitif à travailler, ils sont aussi amenés à animer les ateliers de remédiation cognitive, d'entraînement aux habiletés

sociales ou encore d'éducation thérapeutique. Les compétences des neuropsychologues sont un levier majeur en vue du rétablissement. Cependant, seule une structure déclare avoir un neuropsychologue dans son équipe.

Les ergothérapeutes sont peu représentés dans les structures enquêtées puisque 12% seulement déclarent en avoir dans leurs effectifs. Cependant, la spécificité de leur fonction leur permet un apport non négligeable dans le réinvestissement par les patients de leurs activités et de leurs rôles dans la société, notamment par le développement des habiletés sociales, la mise en place de stratégies d'adaptation et le renforcement des compétences préservées.

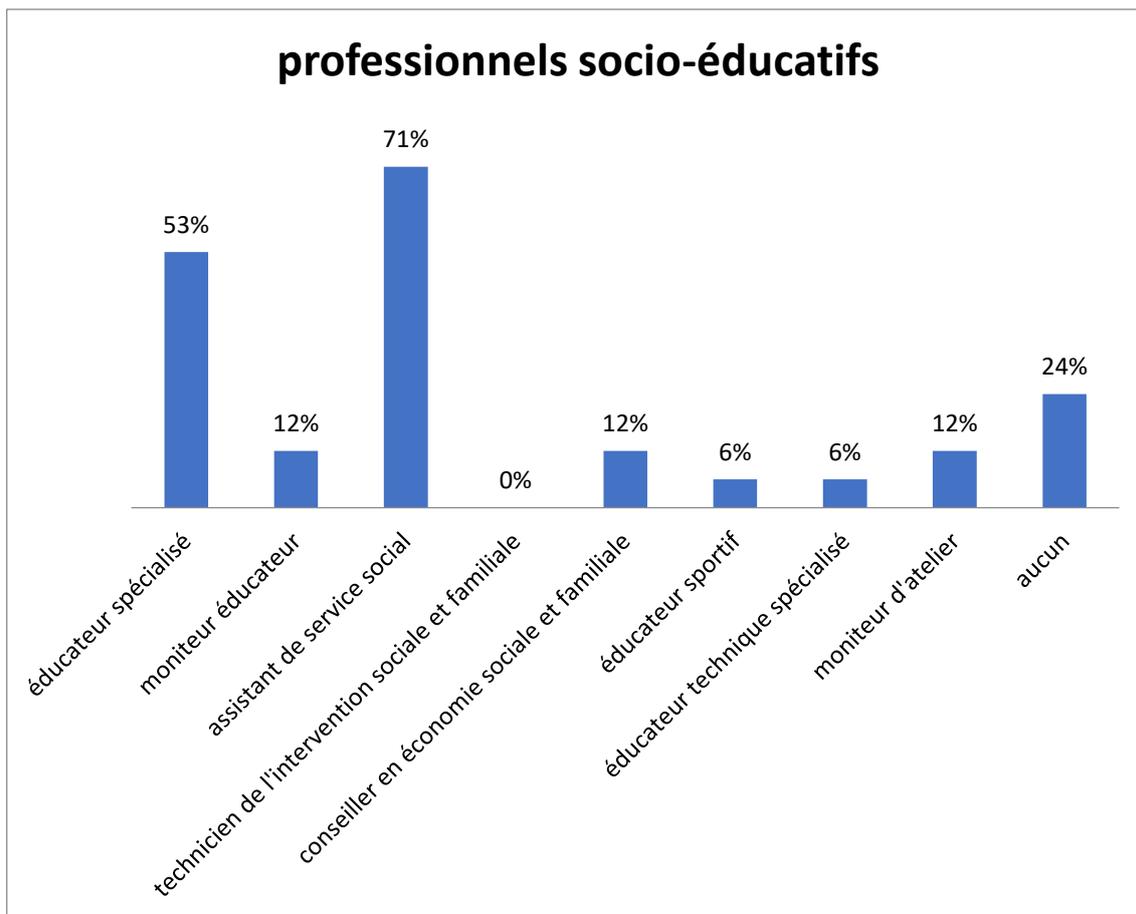
Près des trois quarts des structures déclarent faire intervenir des travailleurs du service social qui permettent notamment de réaliser un bilan social dès l'admission d'un patient.

Il est à noter que près d'un quart des structures déclarent ne faire intervenir aucun professionnel socio-éducatif.



Structures enquêtées 25 / répondants : 17

Figure 8 : professionnels médicaux et paramédicaux présents dans les structures



Structures enquêtées 25 / répondants : 17

Figure 9 : professionnels socio-éducatifs présents dans les structures

L'évaluation initiale, que nous avons déjà abordée succinctement précédemment, est réalisée dans les structures de manière pluridisciplinaire. Ainsi, des entretiens médicaux et paramédicaux ont lieu dans 100% des cas à l'admission des patients et nous retrouvons une évaluation sociale et psychologique à l'admission dans 50% des structures. Outre l'évaluation clinique qu'ils permettent, ces entretiens initiaux sont également intéressants dans leur apport concernant les ressources sociales des patients mais aussi pour la définition des indications de soins et d'accompagnement nécessaires à chaque patient. Tout cela en recueillant également les attentes et demandes que peuvent formuler les patients.

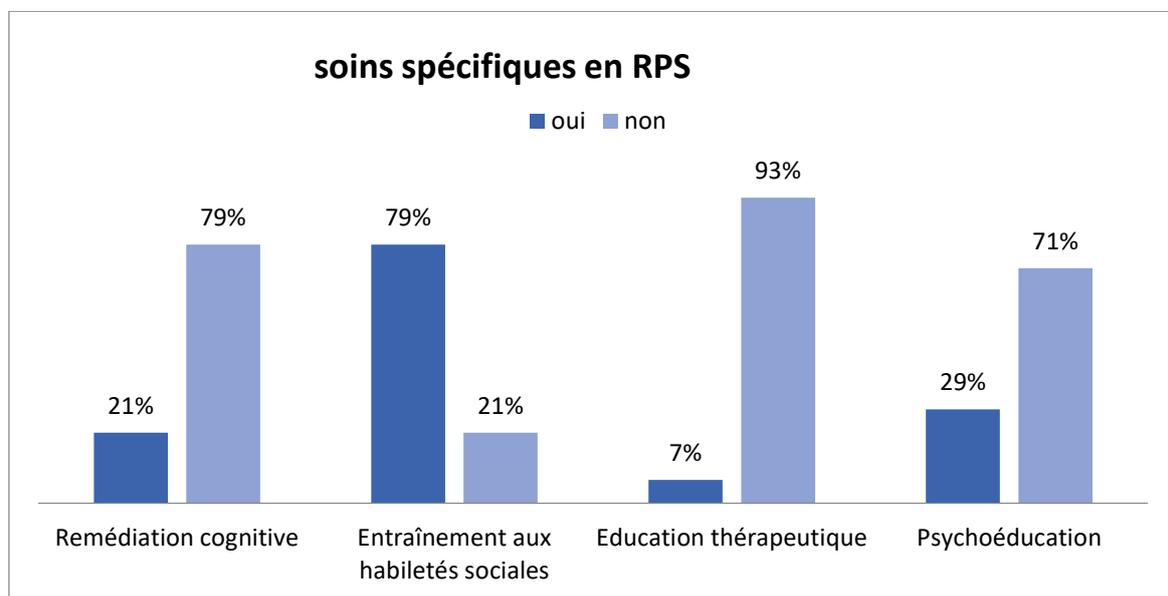
3.3) l'offre de soins et de services pour le rétablissement fonctionnel

Il est intéressant de voir que malgré l'intérêt clair des professionnels de la psychiatrie pour la réhabilitation psychosociale, celle-ci est encore très peu développée dans les structures de la région Toulousaine. En effet, l'ensemble des soins spécifiques que sont la remédiation cognitive, l'entraînement aux habiletés sociales, l'éducation thérapeutique et la psychoéducation ne sont proposées que dans 33% des structures.

Le détail de l'offre de soins, résumé dans la figure 10 nous apporte des informations plus précises.

Nous constatons ainsi que l'entraînement aux habiletés sociales est la technique de soins la plus diffusée et est proposée par 79% des structures enquêtées. L'animation de cet atelier thérapeutique est réalisée par des IDE dans 90% des cas. Le psychologue y participe également dans 55% des cas. Autre point à soulever, la qualité de l'offre de soins est recherchée, les soignants réalisant ces soins ont eu recours à une formation spécifique dans 65% des cas.

Les trois autres techniques de soins spécifiques sont quant à elles proposées de manière encore trop anecdotique sur le territoire de la CPT.

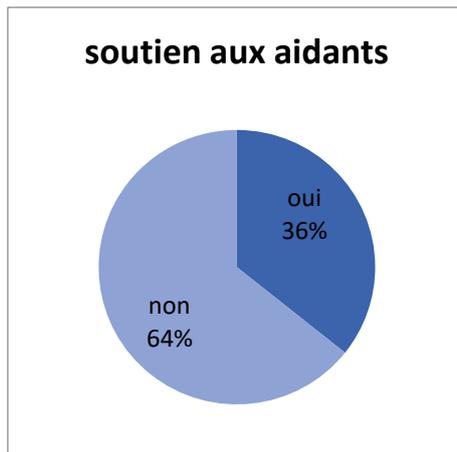


Structures enquêtées 25 / répondants : 14

Figure 10 : soins spécifiques proposés dans les structures

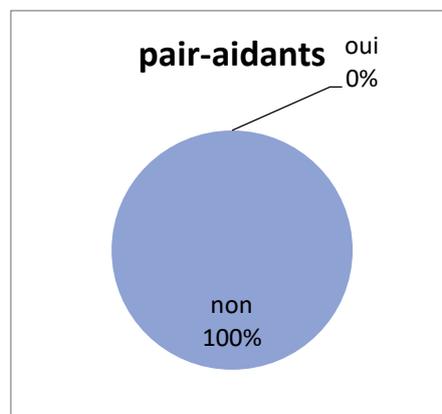
De même, le soutien aux aidants (figure 11) n'est proposé que par 36% des structures principalement par le biais d'entretiens familiaux ponctuels avec le psychiatre.

Le recours à l'intervention de pair-aidants (figure 12) ne fait pas partie de l'offre de soins proposée par les établissements. Elle renvoie au principe de soutien mutuel entre personnes vivant ou ayant vécu des expériences de vie similaires, permettant des modèles d'identification afin de stimuler les changements positifs et redonner l'espoir. Le programme professionnalisant de médiateur de santé pair existant en France depuis 2012 peine à diffuser cette approche dans les établissements.



Structures enquêtées 25 / répondants : 14

Figure 11 : proportion des structures proposant des actions de soutien aux aidants



Structures enquêtées 25 / répondants : 14

Figure 12 : proportion des structures proposant l'intervention de pair-aidants

L'inclusion des patients dans la cité, en dehors des espaces de soins est clairement recherchée. Près de 80% des structures proposent ainsi des activités « hors les murs » (figure 13) en partenariat avec la municipalité ou des associations :

- activités sportives : piscine, équithérapie, escalade, badminton, sports collectifs, marche, danse, pétanque, gymnastique douce ...
- activités culturelles : théâtre, cinéma, musées, bibliothèque, médiathèque, rencontres littéraires ...
- séjours thérapeutiques



Structures enquêtées 25 / répondants : 14

Figure 13 : proportion des structures proposant des activités en dehors de leur institution

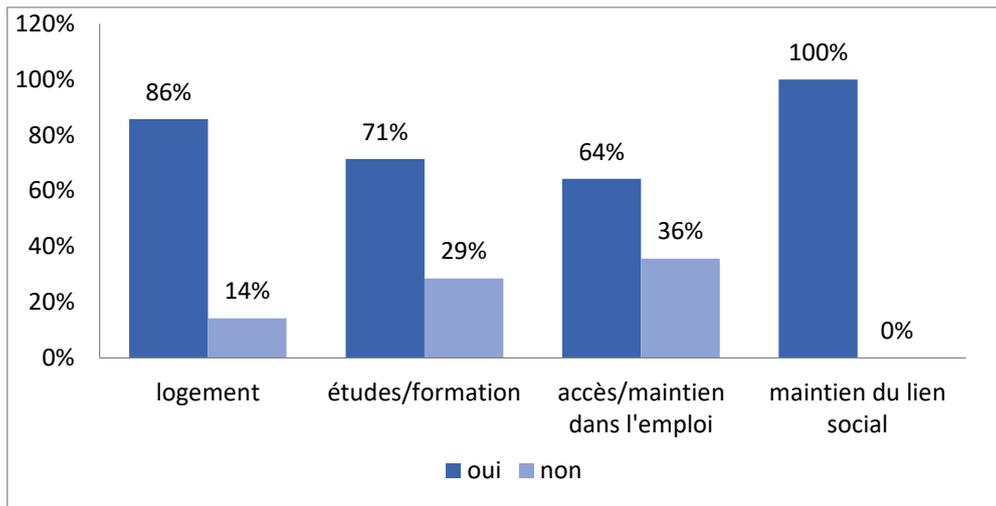
3.4) les actions pour le rétablissement socioprofessionnel

Même si comme nous l'avons vu, elles ont, pour le moment, peu recours aux techniques de soins spécifiques, les structures sanitaires sont malgré tout tournées vers la réhabilitation psychosociale. Le rétablissement socioprofessionnel y est une préoccupation constante et 80% d'entre elles mettent en œuvre des actions visant directement ou indirectement le rétablissement des personnes prises en charge par l'approche intégrative bio-psycho-sociale du projet individuel.

Si l'on s'attarde sur ces résultats (figure 14), il apparaît que la préoccupation autour du maintien du lien social est constante. Il va être permis par différents partenariats et mise en lien, résumés dans le tableau 3 et notamment avec des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) dans 57% des cas. Le dispositif associatif, par ses possibilités de bénévolat, est également régulièrement cité comme facteur de maintien du lien social.

Une autre préoccupation centrale concerne l'accès et le maintien au logement dont s'occupent principalement les assistants de service social. De nombreux partenaires sociaux, médico-sociaux mais également de droit commun sont sollicités autour de cette question. De plus, le centre hospitalier Gérard Marchant comme le Centre Hospitalier Universitaire disposent d'un service spécifique de domiciliation.

Pour ce qui concerne la formation, l'accès et le maintien dans l'emploi, les structures sont là aussi en grande majorité impliquées pour aider au mieux les patients. Elles apportent leur support pour accompagner les patients aussi bien dans le secteur protégé que dans le secteur ordinaire. Elles font notamment appel aux dispositifs de Pôle Emploi, de la mission locale, de l'emploi accompagné de la MDPH et dans une moindre proportion au Plan Local Insertion Emploi (PLIE). De plus, les deux tiers d'entre elles vont permettre l'organisation de stages en milieu ordinaire ou protégé via la signature de conventions de stages.



Structures enquêtées 25 / répondants : 14

Figure 14 : proportions des structures mettant en place des actions pour le rétablissement socio-professionnel

Groupes d'Entraide Mutuelle
Associations
Maisons de quartier
Maisons des Jeunes et de la Culture (MJC)
Club thérapeutique
Clubhouse
Club sénior
Restaurant social

Structures enquêtées 25 / répondants : 14

Tableau 3 récapitulatif des dispositifs favorisant le maintien du lien social

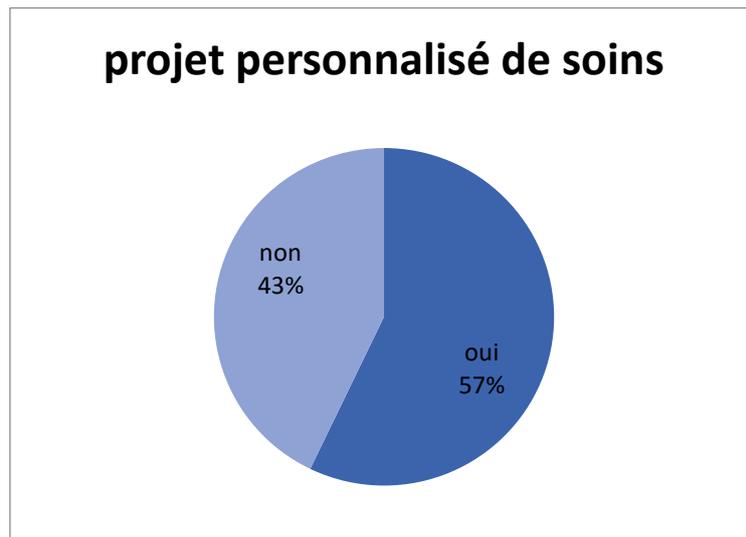
Ces résultats mettent en exergue le contraste entre l'intérêt des structures à la réhabilitation psychosociale, comme en attestent les actions mises en place que nous venons de détailler et le faible recours aux techniques de soins validées. Les équipes sont donc fortement impliquées dans la réhabilitation psychosociale mais il ressort un manque crucial de compétences disponibles pour les soins spécifiques. Tout cela concourt à la nécessaire création de réseau de soins de réhabilitation psychosociale et à la formation des professionnels à ces soins.

3.5) la gestion du parcours patient

Dans la majorité des cas, un projet personnalisé de soins de réhabilitation psychosociale est élaboré (figure 15). Les principales modalités de l'élaboration de celui-là sont :

- co-construction en présence du patient, en recueillant ses attentes

- à l'accueil ou dans le mois suivant son admission
- réévaluation régulière, pluridisciplinaire, en se basant sur les observations cliniques des soignants, l'évolution du patient et ses remarques. La fréquence de cette réévaluation est variable en fonction des structures avec des fréquences allant de tous les mois à tous les 6 mois. L'ensemble des structures précise que les réévaluations peuvent également se faire à la demande de la personne
- les objectifs, axes de travail et axes d'accompagnement y sont spécifiés
- les proches et aidants peuvent être sollicités



Structures enquêtées 25 / répondants : 14

figure 15 : proportion des structures élaborant à projet personnalisé de soins de RPS

Seules 50% des structures disposent de professionnels spécialement dédiés à la coordination du parcours patient (figure 16). Lorsque ces postes existent, ces rôles sont dans la majorité des cas offerts aux psychiatres et/ou aux IDE. Cependant, aucun de ces professionnels n'a bénéficié de formation pour cette fonction spécifique.

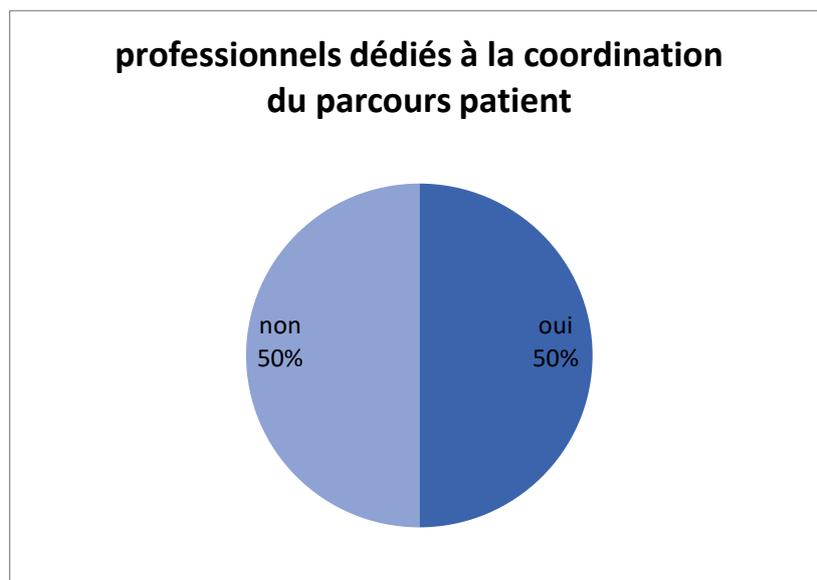
Le case-management, axé sur le rétablissement, est très développé en Amérique du Nord et en Suisse et émerge depuis peu en France. Au centre du dispositif, le patient est au côté de son partenaire, un professionnel spécifiquement formé appelé case-manager²⁶. Il a pour mission d'organiser la cohérence et la continuité du parcours de la personne, par le biais d'évaluations⁶² qui permettent d'apprécier, le niveau d'intervention requis auprès de la personne, les ressources à mobiliser et coordonner, les actions à planifier avec les différents acteurs de son accompagnement. L'objectif final du *case management* est de permettre que les différents professionnels et partenaires du système de santé soient accessibles, en renforçant leurs responsabilités partagées et leurs actions⁶³.

Le coordinateur de parcours patient a quant à lui pour missions d'établir, organiser et gérer les liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale

d'une personne dans un parcours de soins, et de coordonner la réalisation d'une démarche pluridisciplinaire selon le projet de soins établi⁶².

L'avenir verra peut-être en France ces deux professions se développer dans les structures de soins psychiatriques.

La continuité du parcours est assurée par des courriers systématiques envoyés aux psychiatres traitants afin de partager l'évolution clinique autour de la qualité de vie, de la cognition, des habiletés sociales, de l'alliance thérapeutique mais aussi du cheminement des patients dans l'appropriation de leur trajectoire de rétablissement.



Structures enquêtées 25 / répondants : 12

Figure 16 : proportion des structures ayant des professionnels dédiés à la coordination du parcours patient

4) Discussion

En France, l'organisation des soins est déclinée par les Agences Régionales de Santé qui prennent en compte de manière croissante les travaux de recherche clinique en réhabilitation psychosociale.

Ainsi, par exemple, l'ARS de la région Rhône-Alpes a pu initier la création des centres de référence (niveau 2) et des centres de proximité (niveau 1).

Les centres de référence de réhabilitation psychosociale ont quatre missions principales :

- la promotion et le développement des soins,
- l'amélioration de la cohérence des ressources sanitaires et médico-sociales et la coordination des parcours,
- la formation et le partenariat avec les professionnels de santé ;
- le développement de la recherche et de l'évaluation.

Ils sont en lien avec un ou plusieurs centres de proximité qui dispensent les soins de rétablissement.

L'instruction 2019 et l'appel à projet de juillet dernier de l'ARS Occitanie sollicitent directement les professionnels impliqués dans le parcours de soins des patients dans l'évaluation des dispositifs pour les optimiser, les perfectionner et soutenir un fonctionnement en réseau à partir de l'existant. La labellisation des structures de soins de réhabilitation psychosociale de proximité et de support vise à construire un réseau territorialisé de soins et de services pour le rétablissement des personnes en situation de handicap psychique.

Il est intéressant de voir que les professionnels Toulousains, au sein des différents groupes de travail formés dans toutes les instances avaient amorcé le processus de réflexion.

Nous pouvons supposer que la parution de cet appel à projet a eu un impact sur la participation à notre enquête. Nous avons en effet constaté un accroissement du nombre de réponses après celle-ci.

Même si l'abord auto-évaluatif des professionnels reste perfectible, cela devrait soutenir des réflexions sur les pratiques des différentes structures et renforcer leur complémentarité dans l'intérêt des patients.

Nous nous posons la question du caractère restrictif, propre à notre mandat, autour des structures sollicitées. Nous pensons que dans l'avenir, afin d'obtenir une lisibilité complète de l'offre de soins, le questionnaire pourrait être proposé aux CATTP, ainsi qu'à tous les partenaires des structures de soins privées à but lucratif bénéficiant de dispositifs ambulatoires.

Bien que nous ayons effectué une relecture clinique des données recueillies, nous constatons une difficulté à évaluer la thérapie institutionnelle qui est une pratique centrale dans ces structures ambulatoires. En effet, les soins de rétablissement ne peuvent se réduire à la mise en place de techniques mais peuvent s'inscrire dans un fonctionnement institutionnel spécifique à chaque structure, qui en détermine bien souvent « l'identité ». Les équipes mobiles de réhabilitation psychosociale qui se développent déjà sur d'autres territoires que l'agglomération Toulousaine ne sollicitent pas cet aspect. A ce jour, ces deux modalités d'exercice restent intéressantes.

De même, les structures de pédopsychiatrie ayant été sollicitées, le dispositif aura sans doute un impact sur la mise en place d'actions spécifiques notamment dans l'entrée dans la maladie schizophrénique et ce, de manière le plus précocement possible.

Les résultats de notre travail permettent ainsi un premier état des lieux des structures ambulatoires publiques et privées d'intérêt collectif existant actuellement sur le territoire de la Communauté Psychiatrique de Territoire de Haute Garonne et du Tarn Ouest.

A titre de comparaison, il est intéressant de voir que les résultats de l'enquête REHAB santé mentale réalisée en Nouvelle Aquitaine⁶¹ a fait part de résultats relativement similaires avec cependant quelques différences notables :

- si la proportion de structures offrant des soins de remédiation cognitive est superposable à celle retrouvée en Occitanie, les habiletés sociales sont nettement moins développées (20% vs 79% en Occitanie), à l'inverse de l'éducation thérapeutique et de la psychoéducation, respectivement proposées dans 40% et 50% des structures (vs 7 et 29% dans notre région),
- le rétablissement socioprofessionnel est également recherché bien que les actions mises en œuvre soient proposées dans une moindre mesure par rapport à l'Occitanie,
- le soutien aux aidants et le recours aux pairs aidants sont tout aussi peu développés en Nouvelle Aquitaine.

Leurs résultats ont permis de réfléchir à des actions concrètes autour de la formation à promouvoir sur leurs territoires, en s'intégrant dans une structuration de l'offre à échelle régionale.

Bien-sûr, cet état des lieux est voué à évoluer et nécessitera une mise à jour régulière.

En effet, l'ensemble des structures enquêtées évoque d'ores et déjà des axes d'évolution pour l'année à venir avec notamment pour nombre d'entre elles le souhait de former les soignants aux techniques spécifiques de RPS afin de pouvoir étayer leur offre de soins. Est aussi envisagée une amélioration de l'évaluation intégrative initiale avec pour cela le recrutement de professionnels tels que des neuropsychologues par exemple ou l'utilisation d'échelles validées. Enfin, une meilleure transmission et un meilleur lien interprofessionnel sont également souhaités et envisagés.

Dans cette optique, l'outil collaboratif qu'est Aquirehab nous semble parfaitement intéressant et permettra une réactualisation régulière de l'état des lieux de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale.

Conclusion

Notre travail s'inscrit dans l'évolution des soins proposés en psychiatrie, à savoir le développement des soins de réhabilitation psychosociale.

L'approche intégrative que proposent ces soins associe aux dimensions classiques des soins la prise en compte de l'environnement, des proches et les perspectives de réinsertion socioprofessionnelle et de rétablissement. Ils s'appuient sur la démocratie sanitaire, prenant en compte non seulement les patients mais aussi les soignants et plus généralement les dispositifs de soins.

Cette approche permet une diminution du nombre de rechutes par son intérêt pour l'amélioration de la qualité de vie des patients, la prise en compte des symptômes résiduels, qui soutiennent l'alliance thérapeutique et la continuité des soins.

Nous l'avons vu, les techniques de réhabilitation psychosociale prennent appui sur la notion de la disponibilité aux soins des patients. Celle-ci est le fil conducteur de l'élaboration du projet personnalisé de soins, co-construit avec le patient, qui l'accompagne de son projet de soins vers son projet de vie.

Enfin, les techniques de soins de rétablissement que sont les habiletés sociales, la remédiation cognitive, la psychoéducation et la prise en compte de l'environnement global des patients accompagnent la chronicité des pathologies ciblées. Il est intéressant de voir que la majorité des études portent sur leur impact dans les pathologies psychotiques et notamment la schizophrénie. Celles-ci ont par ailleurs, mis en évidence que la réhabilitation psychosociale permet d'infléchir le pronostic péjoratif des troubles schizophréniques. L'avenir devrait donc se tourner vers des pratiques de plus en plus précoces, notamment chez les jeunes à haut risque prodromique. En parallèle, les premières études qui émergent autour des autres pathologies psychiatriques laissent entrevoir là aussi les bénéfices qu'apporteraient les soins de rétablissement. A l'avenir, davantage d'études seraient souhaitables afin, si elles confortent les premiers résultats, de pouvoir ouvrir ce type de prises en charge à l'ensemble des patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques.

Ce travail nous a permis de montrer combien les soins de rétablissement s'inscrivent pleinement dans l'évolution vers l'autodétermination des personnes, souhaitée par la communauté et les politiques de santé.

La place redonnée aux personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques dans l'élaboration de leur projet de soins et de vie est soutenue et accompagnée. La « dépendance » des patients au savoir des praticiens n'est plus de mise. La liberté de faire ses propres choix concernant sa santé et son bien-être est un droit fondamental.

La réhabilitation psychosociale est peut-être l'accompagnement des personnes les plus en difficultés afin qu'elles puissent progresser à leur rythme et atteindre cet objectif d'une vie agréable au sein de la communauté.

La perspective d'une amélioration des parcours de soins et de vie est permise devant la réflexion commune actuelle qui vise à envisager la possibilité pour chaque personne de vivre une vie décente, pleine de singularité et satisfaisante. La nécessaire coordination interprofessionnelle est désormais une réalité qui permet d'envisager positivement l'évolution des pratiques avec une meilleure organisation de celles-ci et donc, une amélioration des parcours de vie des patients.

La dynamique actuelle et les initiatives régionales qui fleurissent de plus en plus laissent entrevoir avec optimisme l'avenir. Nous pouvons imaginer l'influence que cette prise en charge pourrait avoir dans l'ajustement des traitements psychotropes, en favorisant une évaluation plus fine de ces derniers et permettant ainsi d'optimiser leur prescription à dose minimale efficace.

Mais pour cela, une lisibilité claire de toutes les possibilités doit pouvoir être offerte. C'est dans ce cadre que ce projet a été élaboré et les premiers éléments sur l'état des lieux qu'apportent les résultats de notre enquête contribueront, nous l'espérons, au développement de ces soins notamment en s'implémentant au site internet Aquirehab qui est d'ores et déjà accessible et qui se devra d'être régulièrement mis à jour par l'ensemble des professionnels de la réhabilitation psychosociale.

Enfin, ce travail pourra participer au diagnostic territorial partagé en santé mentale, sur lequel s'appuie l'élaboration du PTSM. Celui-ci repose sur une démarche à la fois partenariale et territoriale et associe l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux mais également ceux du logement, de l'insertion, les collectivités territoriales et les représentants des usagers. Le Projet Territorial de Santé Mentale doit être transmis à l'ARS en juillet prochain et devrait permettre, d'affiner le diagnostic partagé, d'identifier les projets et actions prioritaires à développer, d'en définir des indicateurs de suivi et d'optimiser la synergie entre tous ces acteurs pour, in fine améliorer les parcours de soins.

Bibliographie

1. Coldefy - 2012 - L'évolution des dispositifs de soins psychiatrique.pdf. <https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf>.
2. 180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf.
3. Le XIXe siècle, la loi de 1838 et l'« aliéniste » - Le site du CNLE. <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>.
4. Circulaire_13octobre1937.pdf. https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_13octobre1937.pdf.
5. Circulaire_15mars1960bis.pdf. https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf.
6. Loi85-1468_31decembre1985.pdf. https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Loi85-1468_31decembre1985.pdf.
7. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées | Legifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006051257&dateTexte=20151117>.
8. *LOI N° 2009-879 Du 21 Juillet 2009 Portant Réforme de l'hôpital et Relative Aux Patients, à La Santé et Aux Territoires.*; 2009.
9. Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf.
10. *LOI N° 2016-41 Du 26 Janvier 2016 de Modernisation de Notre Système de Santé.*; 2016.
11. CAB_Solidarites, CAB_Solidarites. Feuille de route - Santé mentale et psychiatrie - Jeudi 28 juin 2018. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>. Published May 12, 2019.
12. atih_chiffres_cles_psychiatrie_2018.pdf. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2018.pdf
13. Taux de recours PSY | Stats ATIH. https://www.scansante.fr/applications/taux-de-recours-psy/submit?snatnav=&mbout=part1&champ=PSY&unite=journ%25E9es%2520ou%2520actes&version=v2017&taux=stand&tgeo=dep&stat1=&type_hosp1=Ambu&type_rgp1=1&DP=&version2=v2017&tgeo2=fe&codegeo=fe&stat2=&type_hosp2=tous&type_rgp2=DP.
14. fiche20-4.pdf. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche20-4.pdf>.
15. Coldefy et Nestrigue - 2014 - L'hospitalisation au long cours en psychiatrie a.pdf. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf>.

16. Statistiques PSY par nature de prise en charge | Stats ATIH.
<https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-PSY/submit?snatnav=&snatdoc=&mbout=&SeAnnee=18&SeReg=73&SePP=1&SeTailEt=0&SeAge18=0&SeNat=01&Submit=lancer+le+traitement>.
17. Krebs M-O. Le réseau Transition : une initiative nationale pour promouvoir l'intervention précoce des psychoses débutantes chez l'adolescent et l'adulte jeune. *Inf Psychiatr*. 2019;95(8):667-671. doi:10.1684/ipe.2019.2011
18. Krebs M-O. Détection et intervention précoce : un nouveau paradigme. */data/revues/00034487/unassign/S0003448717303487/*. December 2017. <https://www.em-consulte.com/en/article/1190993>.
19. Laforcade - RAPPORT RELATIF À LA SANTÉ MENTALE.pdf. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf.
20. RAPPORT.pdf. <http://www.cdppsm.fr/PDF/RAPPORT.pdf>.
21. Pachoud B. Évaluation du retentissement fonctionnel des psychoses : quels déterminants ? *Rech En Psychanal*. 2009;n° 7(1):52-61.
22. Pachoud B. Le handicap psychique, une réalité pluridimensionnelle irréductible à la maladie mentale. *Carnet PSY*. 2011;n° 158(9):36-39.
23. JEANSON R. Réorganisation de l'offre de soin d'un pôle de psychiatrie générale aux usagers souffrant de troubles mentaux sévères et durables à la lumière des recommandations de bonnes pratiques en soins de réhabilitation psychosociale. 2020 2019.
24. cir_44293.pdf. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/01/cir_44293.pdf.
25. Une croissance démographique toujours très soutenue en Occitanie - Insee Flash Occitanie - 84. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3682763>.
26. Travail-exploratoire-au-diagnostic-PTSM-Mai-2018.pdf. <http://www.pts31.org/wp-content/uploads/2019/08/Travail-exploratoire-au-diagnostic-PTSM-Mai-2018.pdf>.
27. Anthony - 2009 - Abécédaire du processus de Réhabilitation Psychiat.pdf. http://www.espace-socrate.com/pdfs/Abecedaire_Rehab.pdf.
28. Mettre_en_place_la_rehabilitation_psychosociale_dans_les_territoires.pdf. https://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Accompagner_le_secteur_medico-social/Organisation/Sante_mentale/Mettre_en_place_la_rehabilitation_psychosociale_dans_les_territoires.pdf.
29. Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(11-12):972-980. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x
30. Favrod J. *Se rétablir de la schizophrénie*. Elsevier Masson; 2015.
31. Franck N. Comment la réhabilitation psychosociale peut favoriser le rétablissement. In: *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Elsevier Masson. Elsevier Masson; 2018:64-68.

32. 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.* 2016;244:145-150. doi:10.1016/j.psychres.2016.07.033
33. Vianin P, Favrod J. 2. Les troubles métacognitifs dans la schizophrénie. In: *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*. Psycho Sup. Paris: Dunod; 2011:55-78. doi:10.3917/dunod.prout.2011.01.0055
34. Spaulding WD, Sullivan ME. Treatment of Cognition in the Schizophrenia Spectrum: The Context of Psychiatric Rehabilitation. *Schizophr Bull.* 2016;42 Suppl 1:S53-61. doi:10.1093/schbul/sbv163
35. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2007;164(12):1791-1802. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07060906
36. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry.* 2011;168(5):472-485. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10060855
37. Bonnin CM, Reinares M, Martínez-Arán A, et al. Effects of functional remediation on neurocognitively impaired bipolar patients: enhancement of verbal memory. *Psychol Med.* 2016;46(2):291-301. doi:10.1017/S0033291715001713
38. Bertoux M. Cognition sociale. *EMC - Neurol.* May 2016. doi:10.1016/S0246-0378(16)65655-5
39. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull.* 2006;32 Suppl 1:S64-80. doi:10.1093/schbul/sbl030
40. Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, van der Gaag M, Karyotaki E, MacBeth A. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophr Bull.* 2018;44(3):475-491. doi:10.1093/schbul/sbx146
41. etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf.
42. 2009 - Éducation thérapeutique du patient Définition, fin.pdf. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf.
43. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2015;173. doi:10.1016/j.amp.2014.12.001
44. Tursi MF de S, Baes C von W, Camacho FR de B, Tofoli SM de C, Juruena MF. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2013;47(11):1019-1031. doi:10.1177/0004867413491154
45. Masson E. Mesures psychoéducatives et troubles bipolaires. Données actuelles. EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/50644/article/mesures-psychoeducatives-et-troubles-bipolaires-do>.

46. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med.* 2009;7(1):79. doi:10.1186/1741-7015-7-79
47. Murray-Swank AB, Dixon L. (PDF) Family Psychoeducation as an Evidence-Based Practice. https://www.researchgate.net/publication/8114947_Family_Psychoeducation_as_an_Evidence-Based_Practice.
48. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull.* 1980;6(3):490-505. doi:10.1093/schbul/6.3.490
49. Goldstein MJ, Miklowitz DJ. THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOEDUCATIONAL FAMILY THERAPY IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIC DISORDERS - Goldstein - 1995 - Journal of Marital and Family Therapy - Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00171.x>.
50. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2000;26(1):5-20. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033446
51. Franck N. Principes et efficacité de la psychoéducation. In: *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Elsevier Masson. ; 2018:485-492.
52. Vinatier CHL. BREF. Site Internet du Centre Hospitalier Le Vinatier. <http://www.ch-le-vinatier.fr/le-vinatier/e-mag/bref-2534.html>.
53. Housing First Initiative. <https://www.bphc.org/whatwedo/homelessness/homeless-services/Pages/Housing-First-Initiative.aspx>.
54. 1.4. Les données probantes faisant état des bons résultats du logement d'abord - Housing First Europe Hub. <https://housingfirsteurope.eu/fr/le-guide/laproche-logement-dabord/1-4-les-donnees-probantes-faisant-etat-des-bons-resultats-du-logement-dabord/>.
55. Mental health and employment: Shaping a new agenda: Journal of Mental Health: Vol 8, No 2. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638239917508>.
56. (PDF) Work and employment for people with psychiatric disabilities. https://www.researchgate.net/publication/10734350_Work_and_employment_for_people_with_psychiatric_disabilities.
57. Wheat K, Brohan E, Henderson C, Thornicroft G. Mental illness and the workplace: conceal or reveal? *J R Soc Med.* 2010;103(3):83-86. doi:10.1258/jrsm.2009.090317
58. Franck N. Insertion professionnelle des personnes avec un handicap psychique. In: *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Elsevier Masson; 2018.
59. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J.* 2008;31(4):280-290. doi:10.2975/31.4.2008.280.290
60. Navarro N. Parcours de l'utilisateur en santé mentale. Mise au point d'un outil d'amélioration de la lisibilité des ressources disponibles : ViaPsY, annuaire pédagogique de l'offre locale en santé mentale. 2018.

61. Portron A. *Promotion de la réhabilitation psychosociale en Nouvelle Aquitaine*. Bordeaux: ARS Nouvelle Aquitaine; 2019:105.
62. web_rbpp_coordination.pdf. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf.
63. Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? | Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-109.htm>.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Etude quantitative sur la structuration de l'offre de soins en Réhabilitation Psycho-Sociale sur le territoire de la Communauté Psychiatrique de Territoire de Haute Garonne et du Tarn Ouest : thèse de psychiatrie de Mme Rafaèle COMBAUD

Informations aux établissements et services enquêtés

Chers confrères,

Dans le cadre du groupe de travail de Réhabilitation Psycho-Sociale de la Communauté Psychiatrique de Territoire de Haute Garonne et du Tarn Ouest (CPT, dont le Président de l'assemblée médicale est le Pr Arbus), je suis mandatée par les médecins pilotes de ce groupe (Dr Bounhoure et Dr Bouvard) et par l'ARS pour mieux connaître l'offre de soins en matière de réhabilitation psycho-sociale. Ce questionnaire est adressé aux hôpitaux de jour et aux centres de post-cure des structures publiques et privées d'intérêt collectif accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques.

La réhabilitation renvoie à des pratiques, outils et interventions spécifiques, complétant les soins psychiatriques pharmacologiques et non pharmacologiques (psychothérapies). L'offre de réhabilitation psycho-sociale, inscrite dans la prise en charge sanitaire psychiatrique, vise l'amélioration de la qualité de vie de la personne et s'attache à favoriser son autonomie et son insertion dans la société.

Les objectifs de cette enquête sont d'identifier la spécificité des soins proposés sur le territoire de la CPT, dans le but d'améliorer la lisibilité de ces derniers.

Le traitement de cette enquête permettra un diagnostic exploratoire de l'offre de soins en Réhabilitation Psycho-Sociale et de rétablissement sur le territoire de la CPT et les résultats seront analysés dans le cadre de mon travail de thèse.

Cette démarche a pour but d'enrichir le travail d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM).

Pour toute question concernant cette enquête, vous pouvez me solliciter, Mme Rafaèle COMBAUD, infirmière en dernier semestre de psychiatrie, au 06 78 17 68 26 ou par mail à combaud.rafaele@orange.fr ou par le secrétariat de l'Hôpital de Jour Route Nouvelle au 06 34 41 43 80.

Je vous remercie par avance pour le temps accordé à ce questionnaire.

Il vous prendra au maximum 30 minutes pour y répondre.

A. IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE

A.1 Nom de la structure *

A.2 Type d'établissement *

- Hôpital de jour
- Centre de Post-Cure avec hébergement
- Centre de Post-Cure sans hébergement
- Autre

A.3 Adresse *

B. COORDONNEES DU REPONDANT

B.1 Nom de la personne répondant *

B.2 Fonction *

B.3 Téléphone professionnel *

B.4 Adresse mail *

C. POPULATION ACCUEILLIE

Pour rappel, le handicap psychique est dû à l'altération de certaines capacités individuelles, induite par des troubles psychiques.

C.1 Quelle est la pathologie la plus fréquemment rencontrée au sein de votre structure ? *

Trouble du spectre de la schizophrénie

Troubles de l'humeur

Trouble du spectre autistique

Conduites addictives

Troubles de la personnalité

Troubles liés à des facteurs de stress

Retard mental

Autre

D. LES DIMENSIONS DU RETABLISSEMENT - EVALUATION DE LA SITUATION GLOBALE DU PATIENT

D.1 Parmi ces professionnels médicaux et paramédicaux, lesquels interviennent dans votre structure ? *

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin psychiatre | <input type="checkbox"/> Infirmier(e) |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Aide-soignant(e) |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologue | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Psychologue clinicien | <input type="checkbox"/> Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/> | |

D.2 Parmi ces professionnels socio-éducatifs, lesquels interviennent dans votre structure ? *

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educateur spécialisé | <input type="checkbox"/> Conseiller en économie sociale et familiale |
| <input type="checkbox"/> Moniteur éducateur | <input type="checkbox"/> Educateur sportif |
| <input type="checkbox"/> Assistant de service social | <input type="checkbox"/> Educateur technique spécialisé |
| <input type="checkbox"/> Technicien de l'intervention sociale et familiale | <input type="checkbox"/> Moniteur d'atelier |
| <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/> | |

D.3 A l'admission du patient, quel(s) entretien(s) réalisez-vous systématiquement ? *

- Médical
- Paramédical
- Social
- Psychologique
- Aucun entretien systématique
- Autre

D.4 Quels sont les objectifs de ce(s) entretien(s) ?

- Réaliser une évaluation clinique
- Réaliser une évaluation de la gestion du traitement et de la maladie
- Réaliser un bilan psychologique
- Réaliser un bilan neurocognitif et de la cognition sociale
- Réaliser un bilan social avec évaluation des ressources extérieures (entourage ...)
- Définir les indications de soins et d'accompagnement
- Autre

D.5 Quel(s) outil(s) de mesure visant les vécus subjectifs utilisez-vous ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> WHOQOL-26 | <input type="checkbox"/> Estime de soi de Rosenberg |
| <input type="checkbox"/> SGOL 18 | <input type="checkbox"/> Boston University Empowerment scale |
| <input type="checkbox"/> ISMI | <input type="checkbox"/> STORI |
| <input type="checkbox"/> WEMBWB8 | <input type="checkbox"/> SSTICS |
| <input type="checkbox"/> Inventaire de Coopersmith | <input type="checkbox"/> Auoun |
| <input type="checkbox"/> Selfconfidencscale | |
| <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/> | |

E. LES DIMENSIONS DU RETABLISSEMENT - TECHNIQUES DE SOINS DE RETABLISSEMENT

Les questions qui suivent visent à connaître les soins spécifiques de Réhabilitation Psycho-Sociale que vous mettez en oeuvre pour les patients accueillis.

E.1 Proposez-vous des programmes référencés de remédiation cognitive ? *

Si non, passez directement à la question E.2

- oui
 non

E.1.1 Si oui, quel(s) programme(s) de remédiation cognitive utilisez-vous ?

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECOS | <input type="checkbox"/> RC28 |
| <input type="checkbox"/> CRT | <input type="checkbox"/> Tom-Remed |
| <input type="checkbox"/> NEAR | <input type="checkbox"/> IPT |
| <input type="checkbox"/> TWAMLEY | <input type="checkbox"/> MCT |
| <input type="checkbox"/> SCIT | <input type="checkbox"/> PEP's |
| <input type="checkbox"/> GAIA | |
| <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/> | |

E.1.2 Si oui, quels sont les professionnels mettant en oeuvre les outils de remédiation cognitive ?

- Médecin psychiatre
 Interne
 Psychologue clinicien
 Neuropsychologue
Infirmier(e)
 Educateur spécialisé
 Autre

E.13 Si oui, ces professionnels ont-ils suivi une formation spécifique pour la mise en oeuvre des outils de remédiation cognitive ?

oui

non

E.14 si oui, veuillez préciser l'intitulé de la formation, sa durée et ses modalités (formation interne, formation externe?)

E2 Proposez-vous des activités individuelles et/ou collectives d'entraînement aux habiletés sociales ? *

si non, passez directement à la question E.3

oui

non

E.21 Si oui, quels sont les professionnels mettant en oeuvre les outils d'entraînement aux habiletés sociales ?

Médecin psychiatre

Interne

Psychologue clinicien

Neuropsychologue

Infirmier(e)

Ergothérapeute

Psychomotricien

Educateur spécialisé

Autre

E.22 Si oui, ces professionnels ont-ils suivi une formation spécifique pour la mise en oeuvre des outils d'entraînement aux habiletés sociales ?

oui

non

E.2.3 Si oui, précisez l'intitulé de la formation aux outils d'entraînement aux habiletés sociales, sa durée et ses modalités (formation interne, formation externe?)

Les termes d'éducation thérapeutique (ETP) et de psychoéducation dérivent un processus d'apprentissage par lequel une personne acquiert des compétences pour gérer sa maladie.

A la différence de la psychoéducation, les programmes d'ETP sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ils font l'objet de recommandations méthodologiques de la part de la Haute Autorité de Santé (HAS) et d'un cadre réglementaire depuis 2008.

E.3 Proposez-vous des activités d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ? *

si non, passez directement à la question E.4

- oui
 non

E.3.1 Si oui, pouvez vous préciser le type de pathologies pour lesquelles vous proposez ces programmes spécifiques ?

E.3.2 Si oui, quels sont les professionnels mettant en oeuvre les programme d'ETP ?

- Médecin psychiatre
 Interne
 Psychologue clinicien
 Neuropsychologue
Infirmier(e)
 Educateur spécialisé
 Autre

E.3.3 Si oui, les professionnels mettant en oeuvre les activités d'ETP ont-ils bénéficié, pour au moins une partie d'entre eux, d'une formation agréée ?

- oui
 non

E.4 Proposez-vous des interventions de psychoéducation ? *

si non, passez directement à la question E.6

- oui
- non

E.4.1 Si oui, quels sont les professionnels mettant en oeuvre les séances de psychoéducation ?

- Médecin psychiatre
- Interne
- Psychologue clinicien
- Neuropsychologue
- Infirmier(e)
- Educateur spécialisé
- Autre

E.5 Mettez-vous en place des actions concrètes visant le soutien aux familles et aux aidants ? *

si non, passez directement à la question E.6

- oui
- non

E.5.1 Si oui, quels types d'intervention proposez-vous ?

- Programmes d'éducation thérapeutique
- Programme de psychoéducation
- Groupe de parole
- Association d'usagers
- Autre

E.6 Au sein de votre structure, faites-vous intervenir des pair-aidants ? *

Les pair-aidants sont des personnes ayant souffert ou souffrant d'un trouble psychique, et qui, à partir de l'expérience de sa maladie, aide ses pairs dans leur processus de rétablissement.

Si non, passez directement à la question E.7

- oui
- non

E.6.1 Si oui, quel est le statut de ces pair-aidants ?

- Bénévole
- Travailleur pair (ayant un contrat de travail)

E.6.2 Si oui, quelle formation ou qualification ont ces pair-aidants ?

E.7 utilisez-vous des techniques de psychothérapie institutionnelle ? *

- oui
- non

E.7.1 Disposez-vous de temps institutionnel d'expression et d'échange groupal avec les patients ?

- oui
- non

E.7.2 Disposez-vous de temps informels qui permettent aux patients d'être en situation spontanée d'interaction ?

- oui
- non

E.7.3 Évaluez-vous ces temps et comment participent-ils à la co-construction du projet de soins des patients ?

E.8 Avez-vous des ateliers thérapeutiques en dehors de votre institution : "hors les murs" ? *

Si non, passez directement à la question F.1

- oui
- non

E.8.1 Si oui, lesquels ?

F. LES DIMENSIONS DU RETABLISSEMENT - PROJET PERSONNALISE DE SOINS

F.1 Réalisez-vous pour chaque patient accueilli un Projet Individuel de Soins en Réhabilitation Psycho-Sociale ? *

Si non, passez directement à la question G.1

- oui
 non

F.2 Si oui, décrivez votre démarche de construction du projet individuel tenant compte des besoins et attentes de l'utilisateur : (en présence du patient ? dans quel délai suivant l'admission est élaboré le projet ? à quelle fréquence est-il réévalué ? les aidants sont-ils sollicités et associés à un moment donné dans la réalisation de ce projet ? etc ...)

G. LES DIMENSIONS DU RETABLISSEMENT- RETABLISSEMENT SOCIAL

G.1 Quel(s) programme(s) visant l'autonomie sociale utilisez-vous ?

- Programme de renforcement de l'autonomie et des capacités sociales (PRACS)
 Programme visant à développer l'autonomie du point de vue alimentaire
 Programme visant à développer l'autonomie du point de vue du logement
 Programme visant à développer l'autonomie du point de vue du budget
 Autre

G.2 Mettez-vous en oeuvre des actions visant à favoriser l'accès ou le maintien au logement ? *

Si non, passez directement à la question G.3

- oui
 non

G.2.1 Si oui, précisez les partenaires médico-sociaux, sociaux ou de droit commun avec lesquels vous collaborez pour l'accès ou le maintien au logement

G.2.2 Si oui, votre bilan annuel vous permet-il d'avoir une évaluation quantitative de cette action ?

oui

non

G.2.3 Si oui, que donne cette évaluation quantitative ?

G.3 Mettez-vous en oeuvre des actions visant à favoriser l'accès ou le maintien dans la scolarité, les études supérieures, le champ de la formation professionnelle ? *

Si non, passez directement à la question G.4

oui

non

G.3.1 Si oui, votre bilan annuel vous permet-il d'avoir une évaluation quantitative de cette action ?

oui

non

G.3.2 Si oui, que donne cette évaluation quantitative ?

G.4 Mettez-vous en oeuvre des actions visant à favoriser l'accès ou le maintien dans l'emploi ? *

Si non, passez directement à la question G.5

- oui
 non

G.4.1 Si oui, dans quel milieu ?

- Milieu ordinaire
 Milieu protégé

G.4.2 Si oui, veuillez préciser le type de dispositif sur lesquels vous vous appuyez pour l'accès ou le maintien dans l'emploi

- Pôle Emploi
 PLIE
 Mission locale
 Conventions de stage (milieu ordinaire/milieu adapté)
 Dispositif MDPH Emploi accompagné
 Autre

G.4.3 Si oui, votre bilan annuel vous permet-il d'avoir une évaluation quantitative de cette action ?

- oui
 non

G.4.4 Si oui, que donne cette évaluation quantitative ?

G.5 Mettez-vous en oeuvre des actions visant à favoriser le maintien du lien social, la lutte contre la solitude et l'isolement ? *

Si non, passez directement à la question H.1

- oui
 non

G.5.1 Si oui, réalisez-vous une évaluation de l'autonomie quotidienne ?

- oui
 non

G.5.2 Si oui, quels dispositifs proposez-vous pour favoriser le maintien du lien social ?

- Club thérapeutique
 Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)
 Clubhouse
 Autre

G.5.3 Si oui, votre bilan annuel vous permet-il d'avoir une évaluation quantitative de cette action ?

- oui
 non

G.5.4 Si oui, que donne cette évaluation quantitative ?

H. ORGANISATION DE LA GESTION DU PARCOURS PATIENT

Les questions qui suivent visent à connaître les moyens que vous mettez en oeuvre pour organiser le parcours des patient accueillis souffrant de troubles psychiques.

H.1 Parmi l'ensemble des professionnels de votre structure, certains ont-ils des missions spécifiquement dévolues à la coordination du parcours patient ? *

Si non, passez directement à la question H.2

- oui
 non

H1.1 Si oui, indiquez lesquels

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin psychiatre | <input type="checkbox"/> Educateur spécialisé |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Moniteur éducateur |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologue | <input type="checkbox"/> Assistant de service social |
| <input type="checkbox"/> Psychologue clinicien | <input type="checkbox"/> Technicien de l'intervention sociale et familiale |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e) | <input type="checkbox"/> Educateur technique spécialisé |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant(e) | <input type="checkbox"/> Conseiller en économie sociale et familiale |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Educateur sportif |
| <input type="checkbox"/> Psychomotricien | <input type="checkbox"/> Moniteur d'ateliers |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="text"/> |

H1.2 Si oui, ces professionnels ont-ils suivi une formation spécifique sur le "case-management" ou "gestion de cas" ou "coordinateur du parcours de soins" par le biais de la formation continue ?

- oui
 non

Veillez préciser quelle formation a été suivie

H1.3 Si oui, ces missions d'organisation de parcours du patient sont-elles spécifiées dans leur fiche de poste ?

- oui
 non

H2 En fin de prise en charge, pour quel(s) domaine(s) faites-vous un bilan d'évolution ? *

- Qualité de vie
 Alliance thérapeutique
 Habiletés scolaires
 Compétences cognitives
 Traitement psychotrope
 Aucun
 Autre

H2.1 Transmettez-vous ces bilans au psychiatre traitant du patient ? *

- oui
 non

H3 Actuellement, quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'organisation du parcours de soins du patient ?

H4 Êtes vous en difficulté pour avoir une lisibilité des dispositifs qui aident pour le parcours de soins du patient ? *

Si non, passez directement à la question H.5

- oui
 non

H4.1 Si oui, quel(s) dispositif(s) pourra(en)t vous aider ?

H5 Selon vous, quels sont les outils dont vous disposez au sein de votre structure qui permettraient d'organiser la coordination du parcours patient ? *

- Projet personnalisé du patient
 Document individuel de prise en charge
 Autre

H6 Selon vous, quelle organisation en interne permettrait d'améliorer l'organisation du parcours du patient ? *

- Certains professionnels de l'équipe ayant bénéficié d'une formation spécifique ont pour mission principale la gestion de cas dits complexes
 Chaque professionnel de l'équipe a un rôle de gestionnaire de cas auprès des usagers dont ils sont le professionnel référent
 L'ensemble de l'équipe s'occupe de coordonner le parcours de l'ensemble des usagers accueillis
 Autre

H7 Quels sont les axes d'évolution que vous envisagez dans l'année à venir ?

H8 Avez-vous connaissance de la circulaire du 16 janvier 2019 visant la structuration et l'organisation de l'offre de soins en RPS ? *

oui

non

H9 Avez-vous connaissance du projet du groupe de travail de Réhabilitation Psycho-Sociale de la CPT s'inscrivant dans cette circulaire ? *

oui

non

H10 Ce questionnaire vous a-t-il donné des pistes d'amélioration de votre pratique de soins ?

oui

non

Remarques

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

• [Redirection vers la page finale de Sondage Online](#)

Annexe 2 : liste des structures enquêtées

Centre Hospitalier Spécialisé Gérard Marchant :

- secteur 1 :
 - Hôpital de jour Lalanne
 - Hôpital de jour de Muret
- secteur 2 :
 - Hôpital de jour des Arènes
 - Hôpital de jour de Carbonne
- secteur 3 :
 - Hôpital de jour de Condeau
 - Hôpital de jour psychogériatrique de Negreneys
 - CATTP Bessieres
- secteur 5 :
 - Centre de Post-Cure de Pont de Bois
 - Centre de soins pour étudiants et jeunes adultes
- secteur 6 :
 - Centre de Post-Cure de Maignan
- Pôle infanto-juvénile :
 - Hôpital de jour pour adolescents

Centre Hospitalo-Universitaire de Purpan :

- Unité de soins ambulatoires (ex UF5)
- Hôpital de jour intersectoriel
- Pôle infanto-juvénile :
 - Accueil Psychothérapeutique de Jour pour Adolescents (APJA)
 - Hôpital de jour pour adolescents Boris Vian

Centre Hospitalier de Lavour :

- Centre de Post-Cure de Fiac
- Hôpital de Jour de Bel-Air
- Hôpital de jour Le Ramel
- Hôpital de jour Les Lices
- Hôpital de jour Les Iris
- Hôpital de jour de Mazamet
- Pôle infanto-juvénile :
 - Hôpital de jour pour adolescent Cap Ados

Autres structures :

- Hôpital de jour de la MGEN
- Centre de Post-Cure Centre Après
- Hôpital de jour de Route Nouvelle

Analyse territoriale de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale dans la Communauté Psychiatrique de Territoire de Haute Garonne et du Tarn Ouest : vers une coordination des parcours de soins ?

RESUME :

La réhabilitation psychosociale est une spécialité de la psychiatrie en plein essor dont on reconnaît maintenant les bénéfices sur le pronostic évolutif et la qualité de vie des patients souffrant de troubles psychiatriques. La dynamique actuelle encourage une meilleure coordination interprofessionnelle et est soutenue par les directives législatives récentes. Après une présentation des techniques spécifiques, le traitement des résultats recueillis auprès de 17 structures ambulatoires, sur le territoire défini, permet un premier état des lieux de l'offre actuelle de soins. Notre travail participe à la diffusion de la connaissance de ces pratiques et, nous l'espérons, pourra soutenir leur développement et leur organisation en s'inscrivant dans les réflexions actuelles autour de l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale.

TITRE EN ANGLAIS : Territorial analysis of psychosocial rehabilitation care's organisation in the Haute Garonne and West Tarn Territory Psychiatric Community (CPT) : toward a coordination of care pathways ?

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : réhabilitation psychosociale, rétablissement, état des lieux, coordination, pluridisciplinaire, parcours de vie, parcours de soins, qualité de vie

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

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

Directrice de thèse : Docteur Nathalie BOUNHOURE