



# 4ème Rencontre Loiréadd'

Addictions et Santé Mentale  
: pratiques croisées vers le  
Rétablissement

Jeudi 9 Novembre 2023 de 14h à 16h

# Bonjour

Je suis pas à l'aise donc je commence par me présenter



Noémie Ranguétat-Castaingts

# Père et danse ? De quoi qu'tu causes ?

Principe des **Alcooliques Anonymes**  
Début dans les années 80 aux USA

*“Oh tiens mes patients vont mieux après avoir échangé ensemble, et si on en faisait quelque chose ?”*

En France, loi de 2005 :  
**Egalité des droits et des chances**  
**Les troubles psychiques sont considérés**  
**comme un handicap**

Début de la pair aideance pro, des GEM, etc.



# Mais du coup, ça sert à quoi ton truc ?

Redonner l'**espoir**

**Vie satisfaisante** avec les troubles psychiques

Rompre la solitude

Non jugement

**Normaliser** la souffrance et les troubles psychiques

**Valider**, reconnaître les ressentis

**Compréhension et partage** par l'expérience

Agir pour ses **droits**, ses choix

**Lutte** contre la stigmatisation



# Les préjugés et les peurs de l'équipe soignante

ne fait rien de plus que ce que je fais déjà

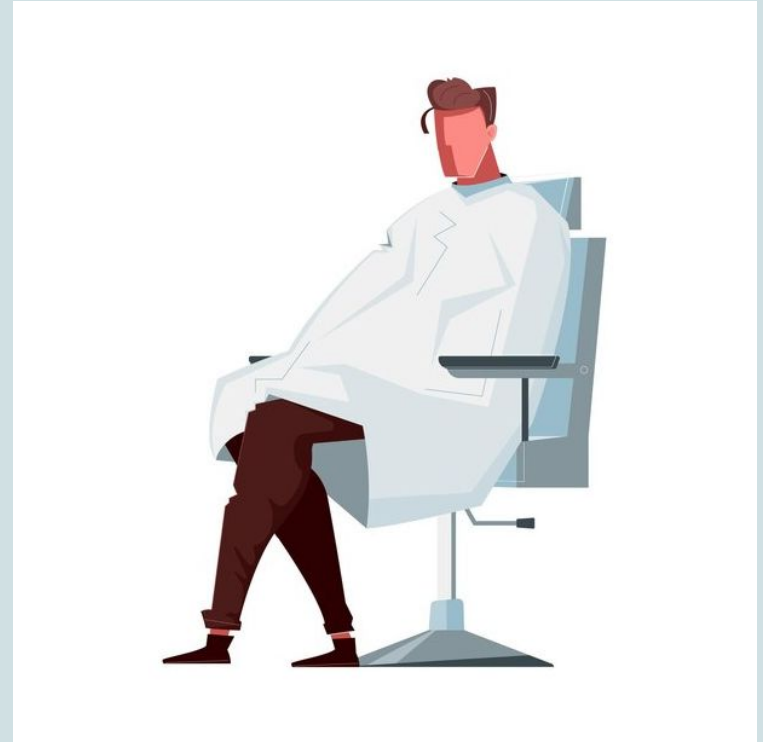
prend la place du soignant,  
le remplace

veut remettre en cause notre pratique,  
pour la critiquer

veut détruire le système psychiatrique

pas un vrai professionnel et devrait  
être bénévole

trop fragile pour travailler



# Les bénéfices pour l'équipe soignante

Une autre manière d'**échanger** avec les personnes

Un **autre lien**, entre pairs

**Conseils** sur des situations et sa pratique professionnelle

**Réfléchir à sa pratique**, se remettre en question pour s'améliorer

Une **expertise** par l'expérience du trouble psychique, des soins et du rétablissement



# Pair Aidance : formations

D.U. Pair Aidance en santé mentale - Lyon 1

Nantes, Limoge, Marseille, Dijon, Grenoble, Tours...

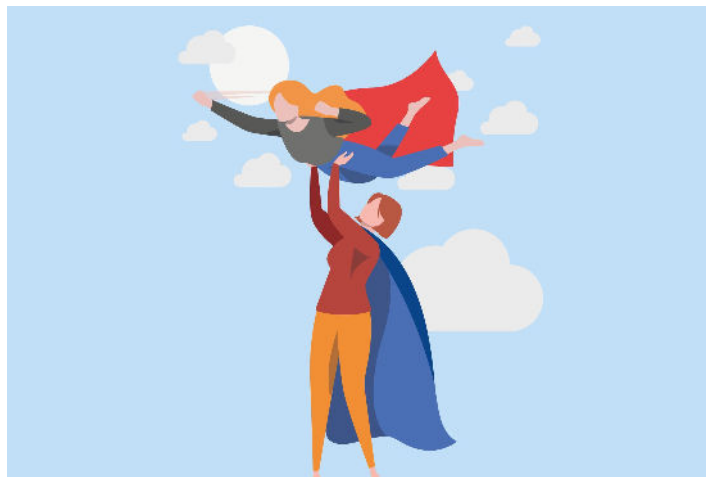
Licence Pro Sciences sanitaires et sociales  
mention médiateur santé pair - Paris 13



L'expérience des troubles psychiques des pairs aidants ne peut pas être remplacée par l'expérience théorique et pratique de l'équipe soignante. Les deux sont complémentaires.



# Rétablissement (en santé mentale)



## Rétablissement (en santé mentale)

« La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la **diminution**, voir la **destruction de la capacité d'agir**, du **pouvoir faire**, ressentie comme une **atteinte à l'intégrité de soi** ».

*Paul Ricoeur, Philosophe français. Soi-même comme un autre, éd. du Seuil (1990)*

La souffrance est vue comme une modalité de l'être, avec tout ce qu'elle rend **impossible** : la **relation à autrui**, **l'estime de soi**, **l'action**. Paul Ricoeur va s'intéresser à comment prendre en charge cette souffrance et y répondre de telle manière que le sujet puisse redevenir sujet.



# Rétablissement (en santé mentale)

## Ce que n'est pas le rétablissement personnel :

- Ce n'est ni la guérison, ni même la stabilisation des symptômes (retablissement médical ou clinique). La notion de guérison concerne le **devenir de la maladie**, alors que le rétablissement concerne le **devenir de la personne**. Ce sont des notions indépendantes.
- Ce n'est pas non plus l'absence de handicap qui peut rester bien présent.
- Ce n'est pas la capacité et encore moins l'obligation à vivre ou travailler « comme tout le monde ». Ce n'est pas la réhabilitation.



# Rétablissement (en santé mentale)

« Le rétablissement est un **processus** et non un point final ou un résultat. Se rétablir ne veut pas dire que l'on est « guéri » ou simplement dans un état stable. Le rétablissement est un **processus de transformation** au cours duquel on **accepte** ses limites et découvre en soi tout un potentiel de nouvelles possibilités. C'est là le paradoxe du rétablissement: en acceptant ce que nous ne pouvons pas faire ou être, nous **découvrons** qui nous pouvons être et ce que nous pouvons faire.

Le rétablissement est un art de vivre.

## Patricia Deegan, psychologue atteinte de schizophrénie

*Citation tirée du livre: Je suis une personne pas une maladie! La santé mentale, l'Espoir d'un mieux-être, Quintal, M.L ; Vigneault, L. et al. (2013), Longueil : Performance Édition.*



# Rétablissement (en santé mentale) - Les cinq principes clés

*Samantha Copeland (1997)*

- **l'espoir** : la personne qui connaît des difficultés de santé mentale se rétablit autant que possible, atteint un état de rétablissement stable et entreprend alors de réaliser ses rêves et ses objectifs ;
- **la responsabilité personnelle** : il incombe à chacun, avec l'aide des autres, d'agir et de faire ce qu'il faut pour continuer à aller bien ;
- **l'éducation** : il s'agit d'apprendre tout ce que l'on peut sur ce que l'on éprouve afin de pouvoir prendre les bonnes décisions concernant tous les aspects de la vie ;
- **le plaidoyer pour soi-même** : il s'agit de savoir communiquer avec les autres de façon efficace afin d'obtenir ce dont on a besoin, ce qu'on veut et ce qu'on mérite pour continuer à aller bien ;
- **le soutien** : en travaillant sur son propre rétablissement, savoir **accepter le soutien d'autrui** et savoir **aider autrui** aide à se sentir mieux et améliorer sa qualité de vie.



# Rétablissement ( en santé mentale)

## Les 5 étapes vers le rétablissement

Le cheminement n'est pas linéaire et la notion du temps, du rythme, appartient à chaque malade. L'essentiel est que le malade s'engage dans le processus et essaie de s'y tenir. La progression peut connaître des hauts et des bas, des moments de flottement. Plus l'engagement est précoce, meilleure seront les chances de réussite. Actuellement, les 5 étapes du rétablissement identifiées (*Andresen, 2003*) portent les noms suivants et sont (*Favrod et Maire, 2012*) :

***Moratoire – Conscience – Préparation – Reconstruction - Croissance***



# Rétablissement ( en santé mentale) – Moratoire (1/5)

## Moratoire

Un temps de retrait marqué par un profond sentiment de perte et de désespoir.

A ce stade, il faut viser :

- l'engagement dans la relation et les soins;
- la normalisation des symptômes psychotiques;
- le suivi intensif dans le milieu (soins ambulatoires).

L'entourage et les soignants doivent comprendre que **lorsque la personne refuse des soins, c'est qu'elle refuse d'abord d'être malade**. L'essentiel consiste alors à l'aider à reprendre espoir, à diminuer la détresse, à résoudre les problèmes concrets liés à l'apparition des troubles et à encourager la personne à s'engager avec confiance dans un traitement.

Les équipes mobiles d'intervention précoce jouent un rôle important en allant à la rencontre des personnes et de leur famille.



## 3 – Rétablissement ( en santé mentale) – Conscience (2/5)

### Conscience

Réaliser que tout n'est pas perdu et qu'une vie enrichissante est possible, le sentiment personnel de pouvoir agir.

À cette étape, il est nécessaire d'introduire:

- la psychoéducation individuelle et/ou familiale centrée sur le rétablissement;
- le traitement des comorbidités;
- un nouvel espoir de vie.

Pour les personnes malades, comme pour leur entourage, retrouver l'envie de s'engager dans l'existence, c'est le premier grand pas vers le rétablissement.



# Rétablissement ( en santé mentale) – Préparation (3/5)

## Préparation

Etablir un bilan des forces et des faiblesses, et analyser le début des efforts d'acquisition des compétences pour y arriver.

Des lors, on peut mettre en place:

- une thérapie cognitive et comportementale des symptômes psychotiques ;
- la remédiation cognitive ;
- l'entraînement des habiletés sociales dans le domaine de la vie domestique, des loisirs, des relations sociales et sentimentales.

La maladie déforme la perception du monde et induit de fausses perceptions. Pour soulager angoisse, détresse, symptômes handicapants, un traitement médicamenteux fait le plus souvent partie de l'aide qui doit être apportée. Généralement, cette aide est possible grâce à la relation de confiance établie avec les équipes du domaine des soins et du domaine du social.



# Rétablissement ( en santé mentale) – Reconstruction (4/5)

## Reconstruction

Effectuer un travail actif pour établir une identité positive, des objectifs significatifs, et reprendre sa vie en main.

Les progrès sont significatifs et, pour le malade, il est possible de chercher avec le soutien des équipes et de son entourage:

- du soutien à l'emploi ou à la formation;
- des emplois transitionnels, stages professionnels;
- un engagement dans de nouveaux rôles sociaux et de nouvelles activités.

À ce stade du processus, il s'agit de continuer à consolider l'autonomie et l'autodétermination acquises tout au long des années.



## 3 – Rétablissement ( en santé mentale) – Croissance (5/5)

### Croissance

Mener une vie encore plus autonome, marquée par l'autogestion de la maladie, la résilience et une image de soi positive.

La confiance est retrouvée. Il n'y a pas d'intervention spécifique, mais **tous les acteurs doivent rester vigilants**.

Au travers des différentes étapes, les patients ont découvert qu'une partie d'eux- mêmes est restée intacte malgré les souffrances occasionnées par la maladie.

Ils **reprennent confiance en eux et en leurs capacités, même si les symptômes persistent**. Ils s'accrochent aux défis qu'ils se sont lancés et continuent de prendre leur vie en main. Ils se sentent plus à l'aise en société et prennent part, de manière spontanée, à divers projets qui leur donnent une raison d'être en les inscrivant dans un **rôle social** déterminé.



## Rétablissement ( en santé mentale) – Pratiques favorables

Approche	Essai randomisé contrôlé?	Revue systématique?
1 Pair-aidance	11 (actuellement 21)	Oui
2 Directives anticipées/ PCC4		Oui
3 WRAP	1	Non
4 IMR	3	Non
5 REFOCUS	1 (act 2)	Non
6 Approches par les forces	4	Non (2)
7 Recovery Colleges	No	No (act 2)
8 IPS	18 (act 28)	Oui
9 Logement accompagné	1	Non
10 Dialogues	Non	Non



## Rétablissement ( en santé mentale) – Pensées défavorables

1. Le rétablissement est le dernier modèle
2. Le rétablissement ne s'applique pas à "mes" patients
3. Les services peuvent faire se rétablir les personnes grâce à un traitement efficace
4. L'hospitalisation et le traitement sans consentement aident au rétablissement
5. Orienter les pratiques vers le rétablissement veut dire fermer des services
6. Le rétablissement consiste à rendre les personnes indépendantes et normales
7. Contribuer à la société n'est possible que lorsque la personne est rétablie



## Rétablissement ( en santé mentale) – Pour les plus jeunes

- Toutes les pratiques sont utilisables directement pour les adolescents,
- Seul le vocabulaire peut être adapté : par exemple, on mettra l'accent sur le bien-être plutôt que sur le rétablissement,.



**Répercussions  
Psychosociales**

**Autres  
Troubles  
Addictifs**

**Trouble  
Addictif**

**Autres  
Répercussions  
Médicales**

**Troubles /  
Répercussions  
Psychiatriques**

# Pathologies duelles

FICHE  
PRATIQUE



De quoi on parle ?

KIT ADDICTIONS

## Comorbidité, co-occurrence, trouble duel.

**Trouble de l'usage de substances + trouble psychiatrique  
avec co-influence des deux troubles<sup>1</sup>**



**3%**

de la population  
générale.

**Patients souffrant de troubles mentaux**

20 à 30 % de dépendants à des substances.

**Patients ayant un trouble de l'usage**

40 à 50 % de troubles mentaux.

**Dans 2/3 des cas l'addiction précède l'expression du trouble psychiatrique<sup>2</sup>.**

Les addictions débutent tôt dans la maladie mentale et modifient profondément son expression ainsi que le rapport du patient au système de soin<sup>3</sup>.

Les patients « duals disorders » présentent une faible adhésion aux traitements<sup>4</sup>.

### Importance :

- d'évaluer les consommations des patients ayant une pathologie psychiatrique,
- d'être vigilant sur l'existence de troubles psychiatriques chez les patients consommateurs.



## Plus de troubles psychiatriques chez les consommateurs



### Tabac

**Un début précoce de consommation est associé à des troubles psychiatriques à l'âge adulte :** trouble panique, anxiété généralisée, agoraphobie, épisode dépressif, conduites suicidaires, trouble de l'usage de substances et schizophrénie.

**Pathologie mentale en général :** prévalence du tabagisme 2 à 4 fois plus importante que dans la population générale.

**Schizophrénie :** prévalence multipliée par 5, consommation de tabac 2 à 3 fois plus importante, et taux d'arrêt du tabac beaucoup plus faibles que dans la population générale.

**Épisode dépressif :** lien entre dépendance au tabac et épisode dépressif actuel ou passé ; facteurs de risque communs.



### Alcool

**Chez les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool, 37 % présentent des comorbidités psychiatriques dont :**

- 40 % troubles de l'humeur, plus fréquent si alcoolodépendance plus sévère,
- 33 % troubles anxieux,
- 40 % des troubles de la personnalité.



### Cannabis

**Il y a une association prouvée entre l'utilisation du cannabis de manière précoce et un risque augmenté de psychose, et ce de manière proportionnelle<sup>5</sup>.**



### Opiïdes

**Mésusage d'opioïdes :** 1/3 ont des troubles psychiatriques, 10% dépression ou trouble anxieux<sup>5</sup>.



## Plus de consommations chez les patients avec troubles psychiatriques



### Dépression

**Lien avec l'alcool** surtout chez les femmes.



### Schizophrénie

**Les patients atteints de schizophrénie ont 4,6 fois plus de problèmes d'addiction** que les personnes sans maladie psychiatrique<sup>6</sup>.



### Trouble bipolaire

**Plus de troubles de l'usage de substance**, en particulier d'alcool.

Trouble de l'usage de l'alcool = facteur de mauvais pronostic : risque majoré de rechute dépressive.

## Prise en charge

### Plus qu'une addiction : nécessite une prise en charge globale

- Les symptômes présents de la pathologie mentale sont **plus sévères et exacerbés**.
- Les **rechutes et hospitalisations** sont plus fréquentes.
- L'**évolution de la maladie est péjorative** par rapport aux patients souffrant de l'un ou l'autre des troubles.



### On observe une fréquence plus élevée :

- des suicides
- des comorbidités somatiques
- des violences
- des incarcérations
- d'exclusion sociale

### Séquentielle ou parallèle : elle doit être coordonnée



#### Prise en charge médicamenteuse

- Traitement médicamenteux :
- associer le traitement de l'addiction et de la pathologie mentale,
  - utiliser des thérapies à double effet.



#### Prise en charge non médicamenteuse

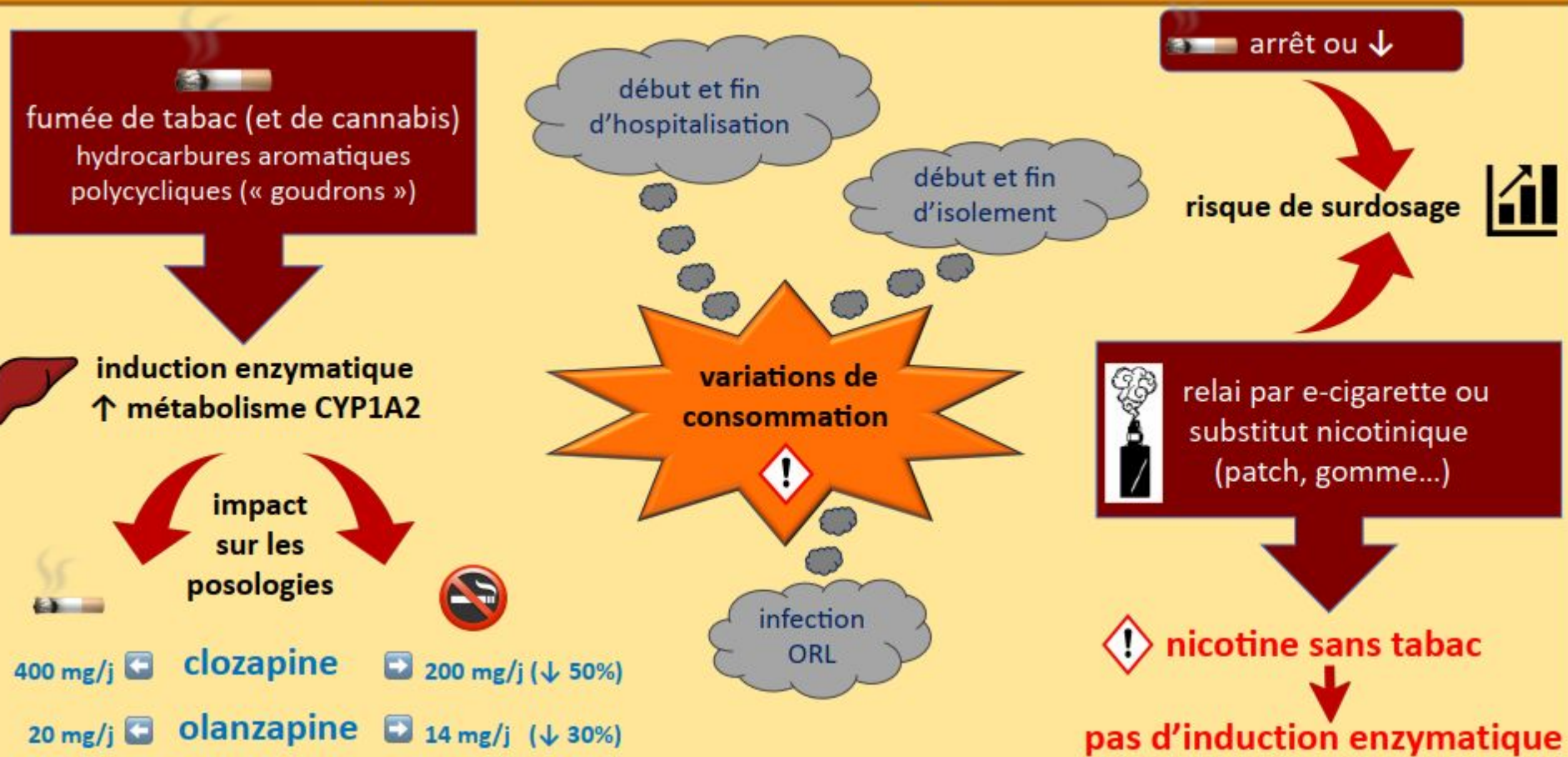
- réhabilitation psychosociale (logement, aides, etc.),
- utiliser le réseau de soutien (association d'usagers...).



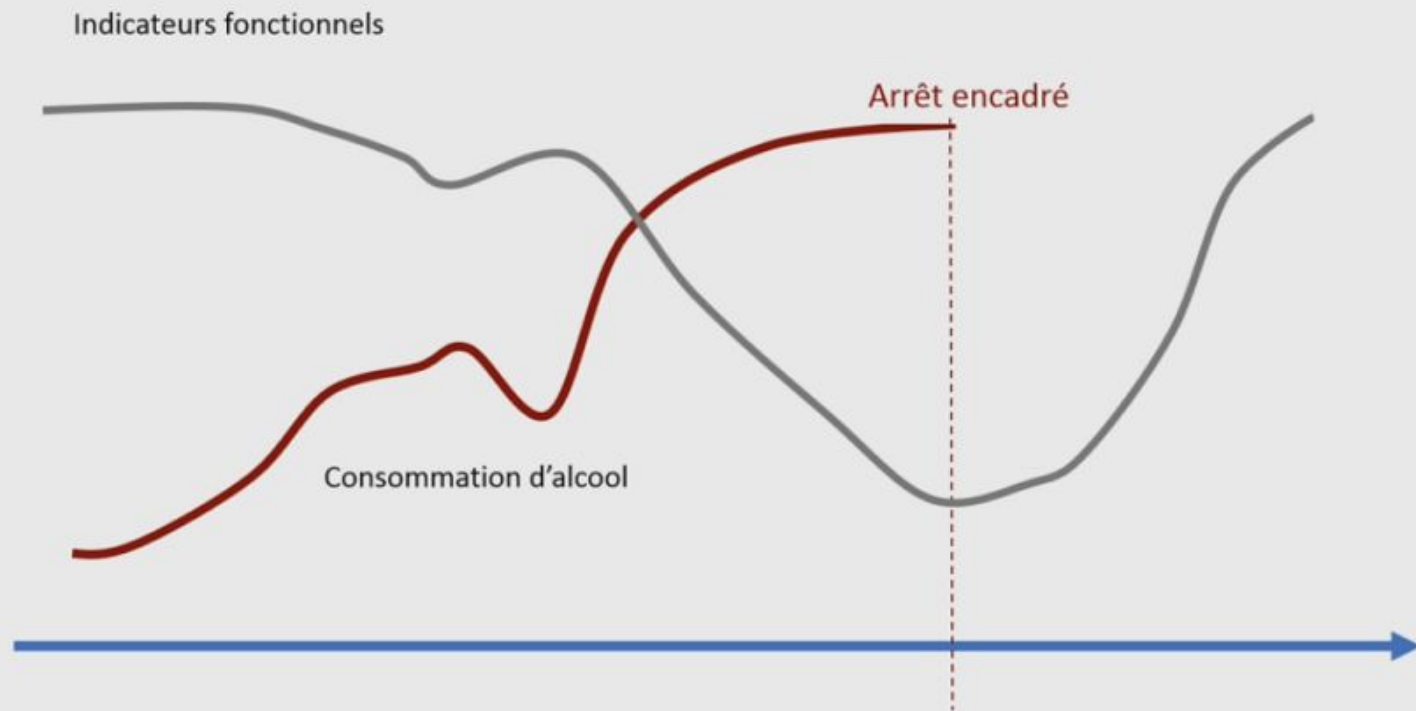
#### Coordination des soins

- Traiter les deux troubles à la fois : articulation des acteurs.

# Tabac et antipsychotiques : attention aux changements de consommation !



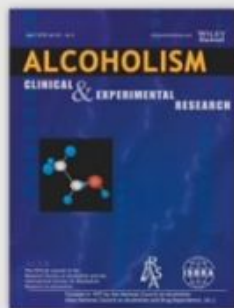
# UNE CLINIQUE INDEPENDANTE



# UNE CLINIQUE INDEPENDANTE

## Beyond Abstinence: Changes in Indices of Quality of Life with Time in Recovery in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults

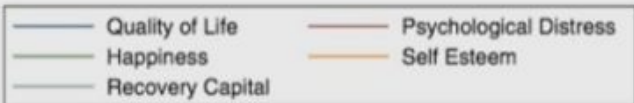
John F. Kelly, M. Claire Greene, Brandon G. Bergman



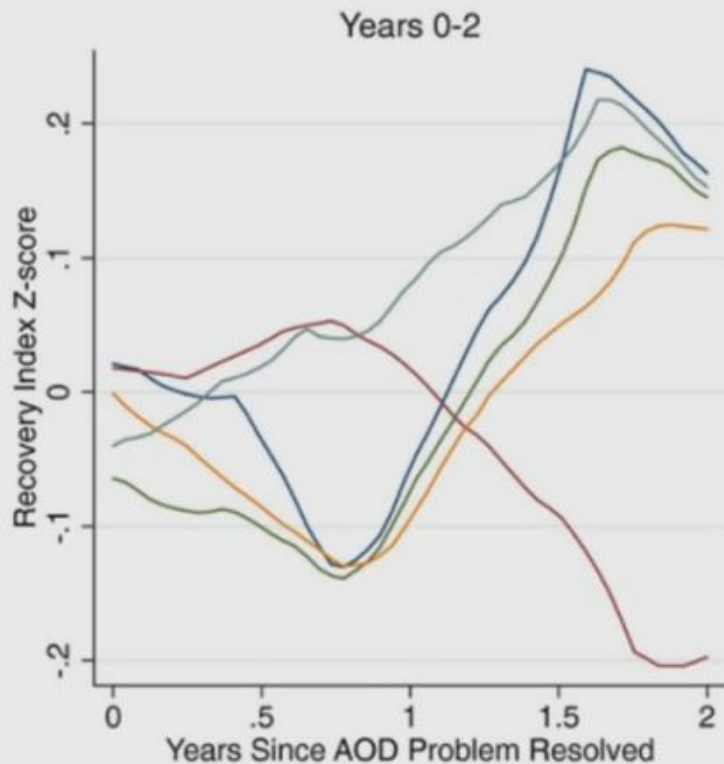
Volume 42, Issue 4

April 2018

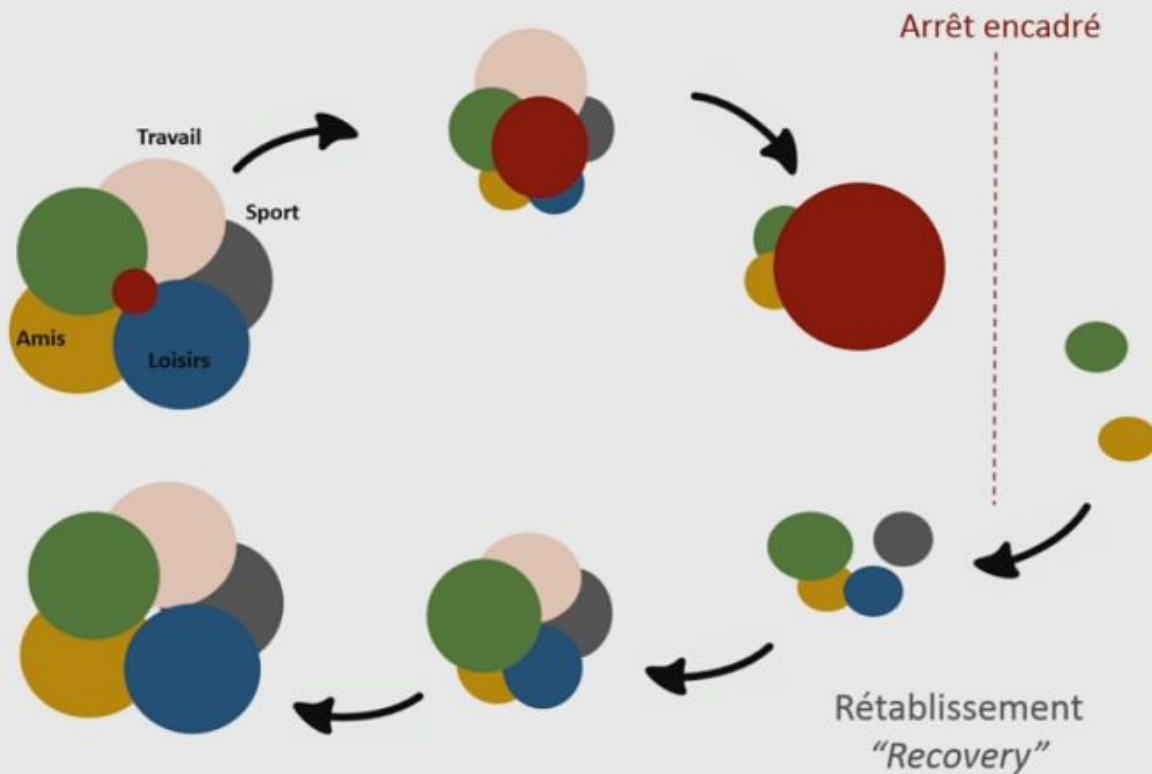
Pages 770-780



Recovery Indices by Years Since Problem Resolution



# ADDICTION: IMPACT FONCTIONNEL



# Les grands espoirs se rencontrent !

Comment la convergence des trajectoires entre le Sanitaire, le Social et le Médico-Social favorise-t-elle le rétablissement ?

*Save the date*

**Jeudi 16  
Novembre  
2023**

Patient-e-s  
Aidant-e-s  
Professionnel-le-s

*Parlons  
rétablissement !*

Amphithéâtre de Psychiatrie  
Centre médico-psychologique  
81 - 83 rue de Charlieu  
42300 ROANNE

Contact : [secretariat.rehabilitation@ch-roanne.fr](mailto:secretariat.rehabilitation@ch-roanne.fr)

Source Images : Pixabay

 centre  
hospitalier  
roanne

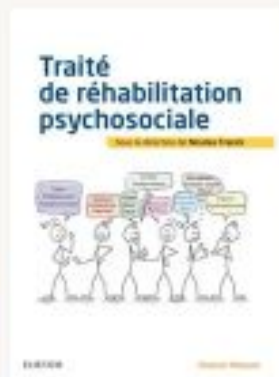
 réhabilitation  
psychosociale  
CENTRE DE PROXIMITÉ  
ROANNE

 RéhaCOOR42

 réhabilitation  
psychosociale  
CENTRE DECOURT  
ROANNE

 chu saint-  
étienne

## Le rétablissement, des lectures



# Le rétablissement, les pratiques

## Les dix principaux conseils pour une pratique axée sur le rétablissement

Après chaque interaction, le professionnel de la santé mentale devrait se demander, ai-je ...

- écouté activement la personne pour l'aider à comprendre ses problèmes de santé mentale?
- aidé la personne à préciser ses objectifs personnels et établir ses priorités pour se rétablir, et non ceux identifiés par les professionnels?
- montré que je croyais dans les forces et les ressources existantes de la personne pour atteindre ces objectifs?
- donné des exemples de mon vécu ou du vécu d'autres usagers qui les inspirent ou valident leurs espoirs?
- porté une attention particulière à l'importance des objectifs qui sortent la personne de son rôle de malade et qui lui permettent de contribuer activement à la vie des autres?
- recensé des ressources autres qu'en santé mentale – amis, contacts, organisations – qui pourraient jouer un rôle dans l'atteinte des objectifs?
- encouragé la gestion des problèmes de santé mentale par la personne elle-même (en fournissant de l'information, en renforçant les stratégies d'adaptation existantes, etc.)?
- discuté du genre d'interventions thérapeutiques que veut la personne, p. ex., traitements psychologiques, thérapies non conventionnelles, plan conjoint de crise, etc., en respectant ses choix autant que possible?
- en tout temps fait preuve d'une attitude respectueuse à l'égard de la personne et d'un désir de travailler ensemble d'égal à égal, montrant une volonté de faire un effort supplémentaire?
- tout en acceptant que l'avenir est incertain et que des revers se produiront, continué d'exprimer mon appui à la possibilité d'atteindre ces objectifs autodéterminés – garder espoir et avoir des attentes positives?

**Checklist permettant de s'assurer la capacité des environnements créés par les structures de santé mentale à déployer des pratiques orientées rétablissement**

**Shepherd, 2007**

La notion de **trouble psychique** fait référence à une condition qui affecte le fonctionnement **mental, émotionnel** et **comportemental**

## Causes variées

Vulnérabilité génétique

Déséquilibre chimique  
dans le cerveau

Expériences traumatiques

Facteurs environnementaux

**Troubles anxieux**  
(trouble anxieux  
généralisé, trouble  
panique, phobies,  
stress post-  
traumatique, etc.)

**Troubles de  
l'humeur**  
(dépression,  
troubles bipolaires,  
etc.)

**Troubles  
psychotiques**  
(schizophrénie,  
trouble délirant, etc.)

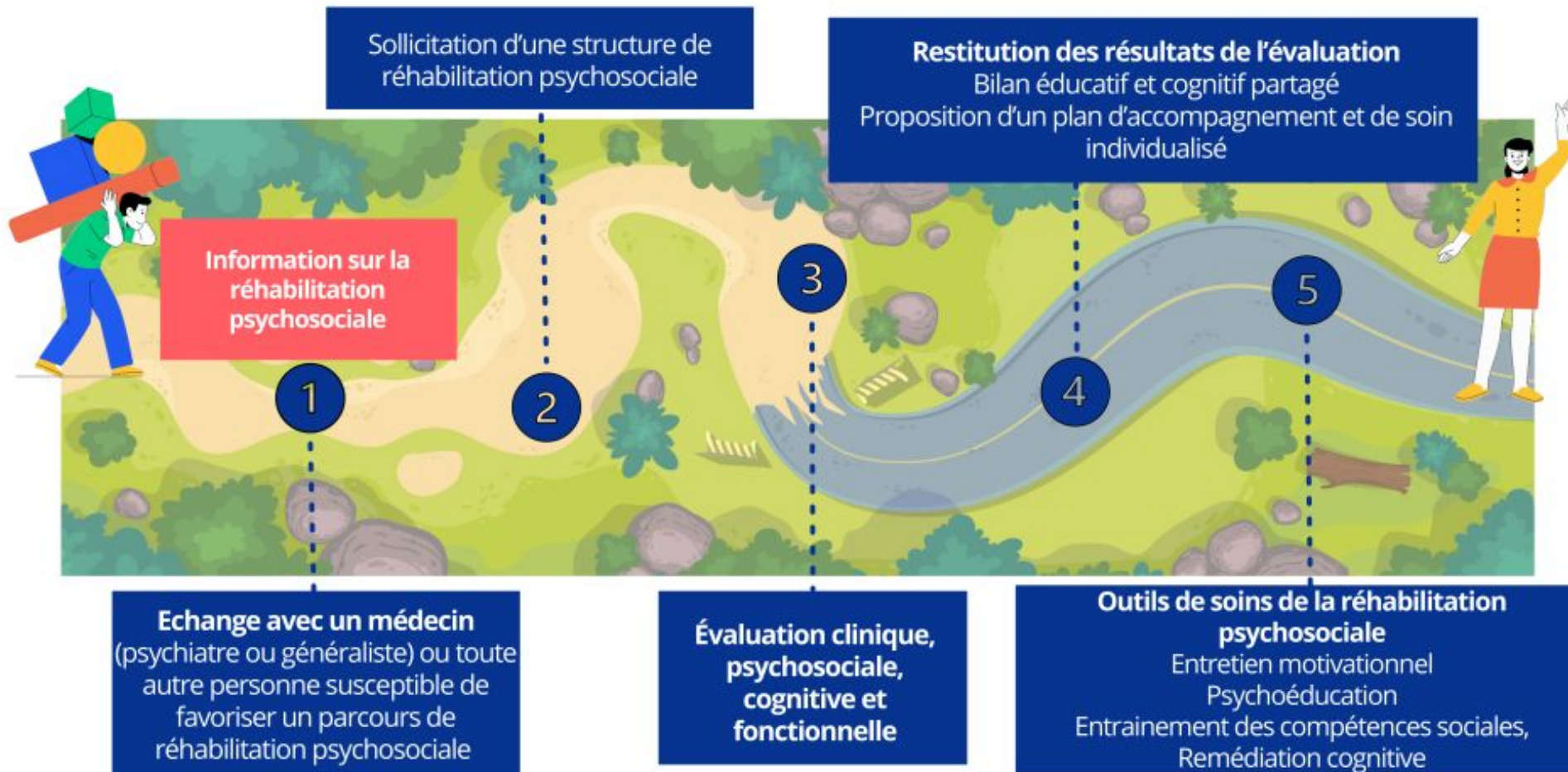
**Addictions**  
(avec et sans  
produits)

**Troubles du  
comportement  
alimentaire**  
(anorexie, boulimie,  
etc.)

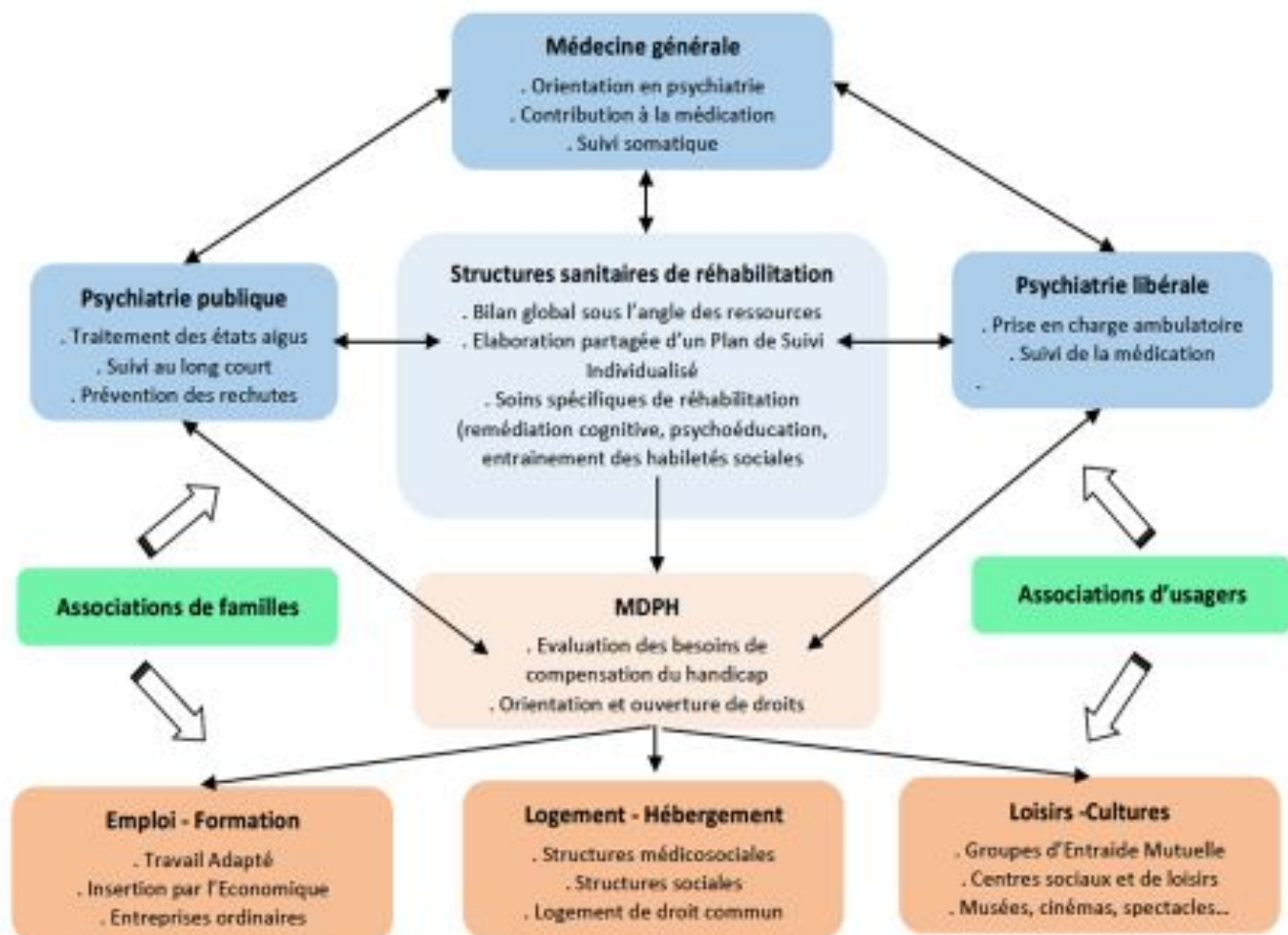
**Troubles du  
neurodéveloppement**  
(trouble du spectre de  
l'autisme, déficit de  
l'attention avec ou sans  
hyperactivité, etc.)

**Troubles de la  
personnalité**  
(trouble borderline,  
trouble  
schizotypique, etc.)

## 9. Le parcours de réhabilitation psychosociale







## 1/LE CASIG :UN OUTIL AVEC CHOIX DE VIE

*C*lient  
*A*ssessment of  
*S*trengths  
*I*nterests and  
*G*oals

Évaluation des points forts,  
des intérêts et des objectifs  
du patient

(Wallace et al, 2001)

## PROJET DE SUIVI INDIVIDUALISE ( PSI )

- C'est un document rédigé à la première personne, avec l'aide du référent de parcours qui s'engage à respecter ce qui est écrit, et se donner les moyens nécessaires pour faire aboutir le projet, avec le soutien des moyens de l'équipe de Rehalise et de ses partenaires.
- Les OBJECTIFS à atteindre y sont précisés ( selon l'avis des personnes le mot OBJECTIF fait peur, mais on pourrait parler d'envies, ou de besoins... )
- Les ACTEURS sont identifiés et le rôle de chacun explicité
- Tout est mis en œuvre pour atteindre les objectifs fixés, dans l'idéal sur une durée courte et avec des parcours renouvelables ( AUSSI PEU QUE POSSIBLE MAIS AUSSI LONGTEMPS QUE NECESSAIRE...)