

Guérir les addictions chez les jeunes, 100 questions/réponses. Éditions Desclée de Brouwer; 2014.

Dodin V, et al. Soins à médiation multi-sensorielle. Rev Adolesc 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.383>

FA20C

Leçons du passé pour une art-thérapie institutionnelle actuelle

J.L. Sudres*, L. Schmitt

Hôpital La-Grave, CHU de Toulouse, Toulouse, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sudres@univ-tlse2.fr (J.L. Sudres)

L'art-thérapie porte en terre hexagonale, un lourd bagage de fausses notes conceptuelles, d'hégémonies et de clivages cheminant parfois avec une certaine note d'obscurantisme consensuel. Toujours d'actualité, la répétition de cette dynamique souffre d'un manque d'autocritique et d'auto-analyse constructive. Pourtant les dinosaures de l'art-thérapie d'hier empruntent, lorsqu'ils n'ont pas tiré leur révérence, la voie de la sagesse. Ceux d'aujourd'hui s'échinent à tenir des vestiges, voire des temples vides, même lorsqu'ils empruntent la toge de la transmission. Si jusqu'à l'aube des années 1980, l'art-thérapie était encore l'apanage de la psychiatrie et des psychiatres, elle concerne aujourd'hui des praticiens d'origine multiple et s'étend du développement personnel aux champs du somatique, sans pour autant se cristalliser dans une réelle identité professionnelle. À l'instar d'autres spécialités d'antan, elle erre dans une sorte de flou-doux-mou peu et/ou mal étayée sur une recherche clinique à même de fournir des recommandations pour de bonnes pratiques et un corpus de savoir. Pourtant les approches symptomatologiques, psychopathologiques, phénoménologiques, structurales, pictographiques, psychobiographiques et autres, souvent référencées aux arts et/ou à la psychanalyse, produisent légitimement, sous couvert du piège de la séduction esthétique, une jouissance relativement éloignée du terrain. Quant aux organismes, plus ou moins fédératifs, leur prétention en matière « d'accréditation » des professionnels de l'art-thérapie, se révèle là-aussi bien éloignée du réel de la clinique et des expériences d'autres pays européens (Suisse, par exemple). Enfin, les intitulés des formations, initiales comme continues, jouent sur des ambiguïtés de vocabulaires et d'expressions, difficiles à décrypter par les novices. Nous développerons chacun de ces points en proposant quelques médications génériques pour traiter des pathologies endémiques « de la dame art-thérapie ».

Mots clés Art-thérapie ; Formation ; Histoire ; Profession ; Recherche ; Répétition

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Albermann K, Pezzoli V, Mulattieri M, Mühlbauer C, Golay A, Anzules C, Evangelista N, Sudres JL. Nationale studie zur worksamkeit von kunsttherapie. Forum Für Kunsttherapie 2014;28(1):10-17.

Schmitt L. Premiers pas en psychothérapie : petit manuel du thérapeute. Paris: Elsevier-Masson; 2010.

Schmitt L. Le Bal des ego. Paris: Odile Jacob; 2014.

Sudres JL. Le syndrome des fausses notes art-thérapeutiques. Naissance d'une nouvelle entité ? Psychothérapies 2006;26(4):241-5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.384>

FA21

Reh@b' ET CCOMS – Quel « panier » de soins et de services dans la cité pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques ?

D. Leguay^{1,*}, J.-L. Roelandt²

¹ Pôle IV, centre de santé mentale Angevin, Angers, France

² CCOMS, Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : denis.leguay@free.fr (D. Leguay)

Les soins de réhabilitation constituent désormais un registre incontournable de la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. Mais quels soins de réhabilitation sont-ils indispensables ? Prenant place dans quels parcours de santé ? Et proposés par quels dispositifs ? En d'autres termes, qu'est-ce qui constitue le « panier de soins » de réhabilitation exigible aujourd'hui par les usagers et les familles pour ne pas subir une « perte des chances » de se rétablir ? Dans le prolongement de ces soins, quels accompagnements et aménagements sociaux doivent-ils être systématiquement recherchés ? Les intervenants s'attacheront à définir ce que doit être un parcours de rétablissement, les standards de soins et les services qui doivent être mis en œuvre. Au terme de cette session, les participants auront une vue globale des outils et de l'organisation du système de santé permettant de mettre en œuvre les soins de réhabilitation.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.385>

FA21A

Empowerment en santé mentale : recommandations et perspectives

S. Vasseur-Bacle*, J.-L. Roelandt, C. Noel

Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale, Hellemmes, EPSM Lille Métropole, Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ccoms@epsm-lille-metropole.fr (S. Vasseur-Bacle)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'empowerment comme faisant « référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie (. . .) ». La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements » (Wallerstein, 2006). L'OMS mentionne également les aidants dans le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être (2004, 2007) : « L'empowerment des personnes avec un problème de santé mentale et des aidants sont des priorités pour la prochaine décennie ». Suite aux 4^e rencontres internationales du centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), 21 recommandations en faveur de l'empowerment des usagers des services de santé mentale et des aidants ont été définies (document disponibles : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=promotion-des-indicateurs-d%E2%80%99empowerment>). Cette première étape est le fruit d'un travail conjoint entre usagers, aidants, élus et professionnels. Une seconde étape, en cours, consiste à associer des indicateurs d'empowerment permettant de dresser une cartographie de l'empowerment en santé mentale en Europe. Cette communication présentera le concept d'empowerment en santé mentale, la promotion de cette notion par l'OMS et les 21 recommandations. La discussion portera sur la question fondamentale suivante : comment promouvoir de manière concrète ces recommandations ?

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.386>

FA21B

Les CLSM, outil de décloisonnement au service des usagers et des territoires

P. Guézennec*, J.-L. Roelandt, R. Chabane

CCOMS, Lille-Hellemmes, Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pguezennec@epsm-lille-metropole.fr

(P. Guézennec)

La complexité des troubles psychiques et le passage d'une logique hospitalière à une logique territoriale nécessitent une coordination des actions locales entre les différents acteurs (sanitaire, social, éducatif, logement, insertion professionnelle, judiciaire, culturel, sportif).

Aucun acteur ne peut prendre en charge l'ensemble des dimensions de la santé mentale et c'est la coopération de l'ensemble des acteurs d'un territoire local qui pourra améliorer l'environnement des usagers en santé mentale et de leur famille ainsi qu'un repérage précoce.

Le conseil local de santé mentale (CLSM) qui est un lieu de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants constitue une des réponses pour la coordination. Il a pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population.

Le CLSM est une démarche singulière à chaque territoire, tant dans sa constitution que par les priorités qu'il s'octroie, et c'est aussi cette diversité qui fait sa force.

D'une quinzaine de CLSM opérationnels en 2005, à une trentaine en 2010 et plus de 120 créés en 2015 et une soixantaine en cours de création, les CLSM se déploient lentement mais sûrement sur l'ensemble du territoire national.

Un des cinq objectifs stratégiques du CLSM définis par le CCOMS est de favoriser l'insertion sociale et l'empowerment des usagers. Pour cela, plusieurs actions concrètes sont développées (formations, mise en place de protocoles, création d'outils communs ou de structures...) autour de l'habitat, de l'insertion professionnelle, de l'accès aux droits, etc.

Cette communication présentera les objectifs et les éléments essentiels à l'opérationnalité d'un CLSM mais également par les leviers qui permettent à cette démarche d'être un outil de démocratie sanitaire et d'empowerment.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.387>

FA21C

Le Mouvement de la réhabilitation psychosociale (RPS) : qu'est-ce que c'est ?

G. Vidon

Hôpitaux de Saint-Maurice, Saint-Maurice, France

Adresse e-mail : g.vidon@hopitaux-st-maurice.fr

Au plan historique, dans nos pays occidentaux, l'émergence de la réhabilitation psychosociale est survenue avec l'arrivée dans la communauté de patients ne possédant pas les ressources personnelles ou les conditions objectives leur permettant de vivre et d'agir seuls. Les buts du Mouvement de RPS dépassent le niveau des interventions centrées sur les personnes pour agir aussi sur leur environnement ; plusieurs idées centrent la RPS : le concept du rétablissement (en anglais, *recovery*) ; « l'empowerment », ou la prise de pouvoir par les usagers ; le travail avec la « partie saine », etc., qui seront largement détaillés. Le « diagnostic de réhabilita-

tion » va constituer un moment clé à partir duquel un plan de soins et d'accompagnement va être institué dans lequel des outils récents peuvent intervenir : l'éducation thérapeutique, l'entraînement aux habiletés psychosociales, différentes techniques cognitives qui vont nécessiter une évaluation la plus précise possible du handicap psychique. . .

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.388>

FA21D

Retour sur expérience en Rhône-Alpes, réflexion sur le panier de soin

E. Giraud-Baro

Clinique psychiatrique, Le Coteau-Réseau RéHPSy, Claix, France

Adresse e-mail : egiraudbaro@orange.fr

L'ARS Rhône-Alpes a eu la volonté de structurer l'offre de soins et de parcours en réhabilitation psychosociale à partir d'expériences locales et de données probantes issues des expériences étrangères. Des centres référents ont été labellisés pour des missions spécifiques et dotés en conséquences, un centre ressource a été créé pour dynamiser et aider à la construction de relais au sein des secteurs de psychiatrie. La question des équipements nécessaires et indispensables à la pratique de la réhabilitation en intégrant la dimension centrale du rétablissement a été largement discutée et tranchée selon des arguments cliniques, organisationnels.

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.389>

FA22

AFPBN – Insight et empathie en psychiatrie

N. Jaafari

Centre hospitalier Henri-Laborit/LNEC, Inserm U1082, Poitiers, France

Adresse e-mail : nemat.jaafari@ch-poitiers.fr

L'*insight* et l'empathie sont deux notions fondamentales en psychiatrie. Fondamentales, certes, mais difficiles à étudier lorsqu'on tente de les interroger de façon conjointe. En effet, à première vue, l'empathie et l'*insight* semblent s'opposer au point de vue phénoménologique mais aussi différer au point de vue neurofonctionnel. L'*insight* et l'empathie renvoient tout d'abord à des phénomènes, sinon contraires, du moins inverses. L'*insight* est un terme anglais sans équivalence en français, traduit par le terme d'« introvision » ou « voir à l'intérieur de » (« insight into »). En psychiatrie, il renvoie à la conscience qu'a le patient de son trouble, c'est-à-dire à la conscience qu'a le patient de lui-même comme sujet malade et de cette maladie comme étant la sienne. L'objet intentionnel de l'*insight* est, donc, le Soi en relation à sa pathologie. L'empathie est la traduction de l'allemand « Einfu - hlung » qui signifie « sentir [fu - hlen] dans [ein] ». L'empathie consiste en un processus mental de décentrement ou de transposition de soi dans autrui par lequel nous pouvons vivre et éprouver ce que l'autre vit et éprouve, comprendre le contenu de son expérience mais tout en maintenant la distinction entre soi et autrui. L'objet intentionnel de l'empathie est, par conséquent, autrui. Ainsi, l'*insight* et l'empathie semblent-ils renvoyer à deux phénomènes dont le mouvement intentionnel est inverse : « voir à l'intérieur de soi » et « sentir dans autrui ». De la même manière, du point de vue psychobiologique et neurofonctionnel, leurs bases neurales sont aussi distinctes : l'*insight* ferait plutôt intervenir l'insula alors que l'empathie mettrait en jeu un réseau cérébral très largement distribué au sein duquel la jonction temporo-pariétale aurait un rôle prépondérant. Mais l'empathie et l'*insight* sont-ils autant exclusifs l'un de l'autre que ce qu'une première approche pourrait laisser penser ? En effet, si