

Quand la réhabilitation et le rétablissement deviennent une priorité en santé mentale

I. Amado

Centre Ressource National en Remédiation Cognitive et Réhabilitation Psychosociale – C3RP

i.amado@ghu-paris.fr

Définition

les fondements de la réhabilitation psychosociale

« Le but général de la réadaptation psychosociale est de restaurer, maintenir, améliorer la qualité de vie des personnes avec des problèmes de santé mentale en les aidant à maintenir, développer et utiliser des habilités sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible ».

William Anthony, 2008

Le rétablissement selon Patricia Deegan



- Le rétablissement c'est une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés qu'on y rencontre. Cela signifie que je sais que j'ai certaines limitations et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limitations être une occasion de désespoir, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en sachant ce que je ne peux pas faire, je m'ouvre aussi aux possibilités liées à tout ce que je peux faire. (P. Deegan , 1988)
- Le rétablissement est défini par le sujet lui même, pas par le soignant.

Des textes fondateurs et des instructions

- L'argumentaire du réseau de preuves (2017): point sur les problématiques de prise en charge dans la schizophrénie, les risques de rechute et de chronicité - promotion de la réhab et du rétablissement (Hardy-Bayle, Passerieux, Pachoud, Franck et al.) texte adopté par nos ANR.
- Travaux de l'Agence Nationale d'aide à la Performance (2017-2019): Déployer la réhabilitation Psychosociale (RPS) dans les territoires.
- Remédiation cognitive et RPS : Reco de bonnes pratiques cliniques dans l'APA (USA) et la NICE(UK).
- Emploi accompagné: DGCS/3B/5A/DGEFP/METH/2018/36 : étude pilote en 2016. Extension nationale - Promotion du job coaching (Pachoud et al. 2014) – actuellement en 2022 : fédérer les unités d'emploi accompagné.
- **INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10** (Franck, Passerieux, Amado) . **Development et la promotion des soins de Rehabilitation psychosociale en France**

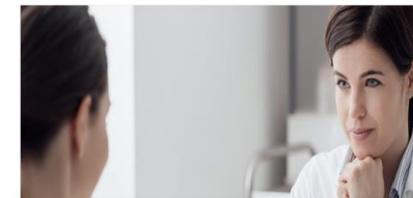
INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10

Que contient cette instruction?

- Le but : construire pour les patients un projet global pour la Rehabilitation et le Rétablissement
- Promotion de **Centres Supports** : pour organiser localement les soins de réhab sur les territoires.
- Les indications sont larges: psychose dès la détection précoce, autisme, troubles addictifs, le handicap psychique sévère...
- L'évaluation Multidisciplinaire
- **Une liste claire et précise de thérapies psychosociales:** psychoéducation (patients et les aidants), CR, l'entraînement aux habiletés sociales, les TCC
- Le principe du case management, et pour la RC l'accent mis sur le transfert en vie quotidienne.
- Un parcours de réhabilitation **adapté au profil de chaque personne.**
- **Un prérequis Majeur: que les soignants des unités de réhab soient formés.**
- Des partenariats passés avec des unités psychosociales et des unités d'insertion à l'emploi/emploi accompagné .
- Des indicateurs annuels permettant de tracer l'activité de l'unité de réhab

Enseignements délivrés en France pour les soignants

- Diplomes d'Université
 - En RC (N. Franck Le Vinatier Lyon 1)
 - Place des unités d'insertion sociales dans le handicap psychique (P.Cacot et O.Canceil, Paris Descartes)
 - (Début 2023) : Thérapies psychosociales - place des usagers et des aidants (I.Amado - C.Passerieux) (Paris Descartes - UVSQ)
 - Case management (Tours)
 - Pair Aidance (3 diplomes : Lille, Paris, Lyon)
 - Psychoéducation (Lyon et un master à Paris)
- Méthodes spécifiques pour les thérapies psychosociales la RPS et Le rétablissement (Paris, Lyon, Versailles, Santé mentale France)
- Parution et formation à la Batterie Clacos de cognition sociale
- DIU orientés insertion et rétablissement: autisme de l'adulte (Lyon Paris Tours), master troubles du neurodéveloppement (Lyon 1), détection précoce (Paris Descartes)



Des modèles de soins pour
accompagner les équipes de
réhabilitation Psychosociales

L'évaluation: une démarche multidisciplinaire

- Entretien médical:

explicitation de la demande

Stabilisation clinique et thérapeutique d'au moins un mois

Incidence cognitive des traitements

Estimation de la qualité du projet ou du parcours de réhabilitation

Estimation de l'engagement du patient

Questions importantes:

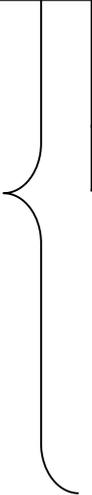
-y a-t-il des troubles de l'attention? Si oui doit on les traiter de manière spécifique?

-y a-t-il une indication pour un bilan de personnalité?

-**Evaluation neuropsychologique**: posé sur la plainte cognitive, l'entretien médical initial ou sur l'échéance éventuelle

-**Evaluation fonctionnelle infirmière** : va permettre de faire le lien avec la vie quotidienne et de construire le socle des tâches à domicile effectuées au long du programme (outils Eladeb (Pomini 1999)/Aeres(Pomini 2017)).

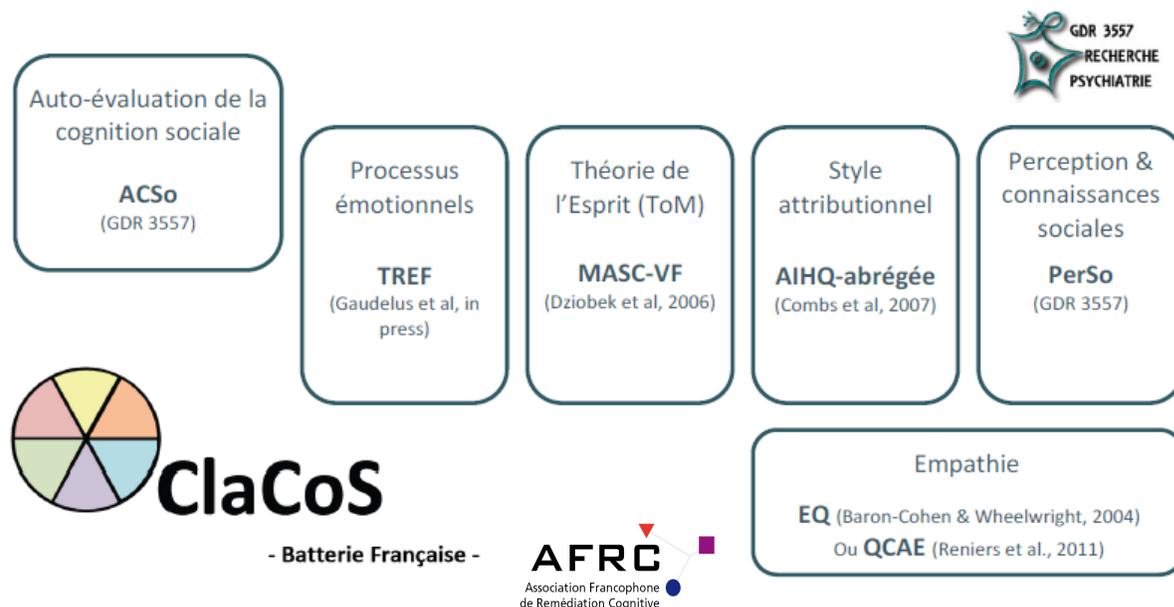
Evaluation neurocognitive

Evaluation neuropsychologique	Fonctions cognitives	Tests
<p>Troubles fréquemment observés en psychiatrie</p> 	Effcience intellectuelle générale	WASI (Sim, Voc, Cubes et Matrices) (+ Information pour approximation du niveau d'éducation)
	Vitesse de traitement	Code/code copie
	Attention focalisée	D2 / TAP si trouble
	Fonctions exécutives	Déduction de règles : WCST Initiation et récupération stratégique en mémoire :Fluences phonémique et catégorielle Flexibilité spontanée: TMT, Inhibition cognitive :Stroop Planification : Zoo de la BADS, Figure de Rey
	Mémoire de travail	Mémoire des Chiffres
	Mémoire épisodique	CVLT ou Grober (selon le niveau et l'âge)
	Cognition sociale	Reconnaissance d'émotions faciales : TREF ToM : Masc Test (si trouble évaluation approfondie : perception sociale, perception émotionnelle et style attributionnel)
Si besoin	Fonctions instrumentales	Batterie d'évaluation des praxies, du calcul et du langage

Evaluation de la cognition sociale

La Batterie Clacos

À paraître (Hogreffe 2022)



Validation Masc –TSA/schiz Martinez et al. 2017

Masc – schizophrénie – Peyroux et al. 2019)

ACSO – schizophrénie et Bipolarité (Graux, 2019)

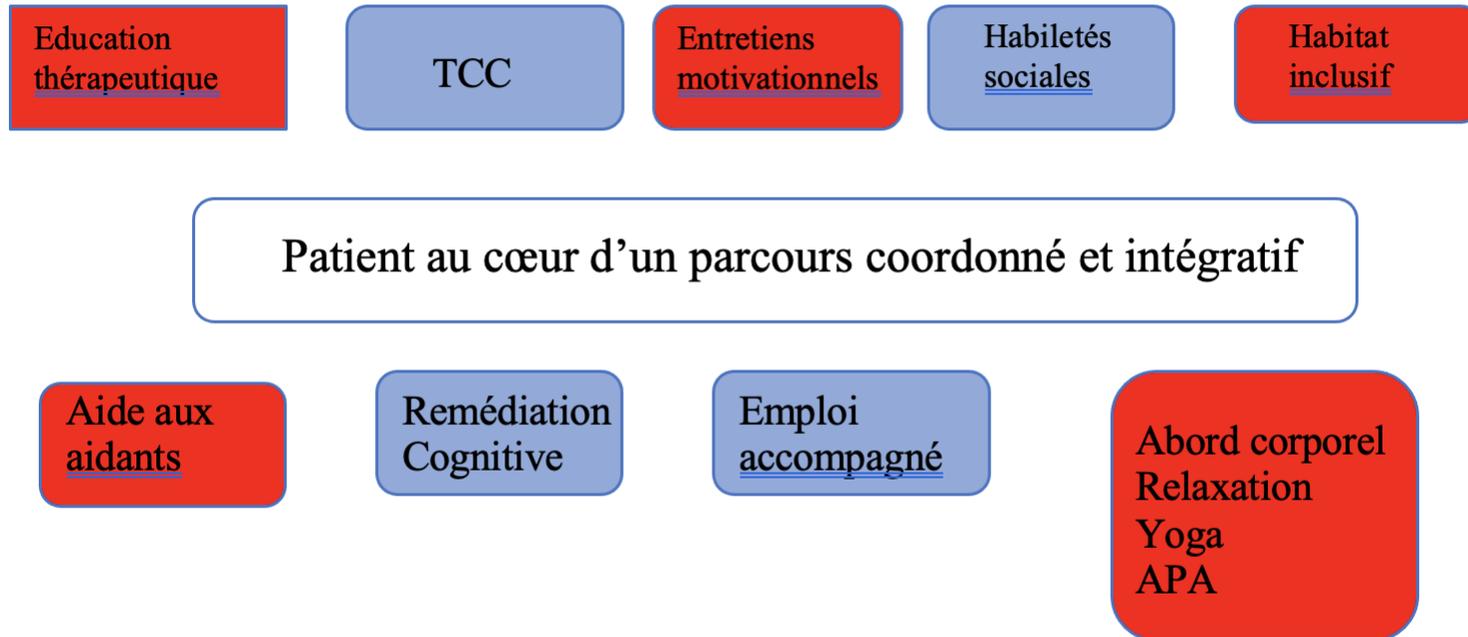
Liens entre ACSO et dimensions de Clacos dans l'autisme (Morel et al. 2021)

Pathologies addictives (Maurage et al. 2016)

La Batterie d'évaluation sera accompagnée d'une formation pour les neuropsychologues

UN PANEL DE THERAPIES APRES EVALUATION POUR CONSTRUIRE LE PARCOURS

Comment faciliter le pouvoir d'agir et l'autonomie ?
Des thérapies Psychosociales pour un parcours de réhabilitation



TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive. APA : activité physique adaptée
En rouge : thérapies ou dispositifs initiés très tôt en hospitalisation ou ambulatoire ;
En bleu : thérapies ou dispositifs à initier lors d'une stabilité cliniquement avec ajustement thérapeutique.

Amado (Bull de l'académie de Médecine, 2021)

AUTISME ADULTE Neurocognition

Des méthodes personnalisées

OBJECTIFS: PALLIER AU DEFICIT ;CONSTRUIRE LE PARTENARIAT
TRANSFERER LES ACQUIS AU QUOTIDIEN

Ambulatoire – différents profils

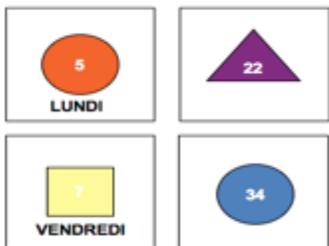
personne ayant
de sévères difficultés d'autonomie ou de sévères difficultés cognitives
Voire déficience intellectuelle

Désorganisation
Difficultés en groupe

Éligible pour un
groupe
Préparation aux
interactions
sociales

IPT (groupal)

Depuis le neurocognitif
Jusqu'à la cognition
sociale



JEU

MATHURIN(Amado et al. 2016)

Planif vie quotidienne
En ville virtuelle
Jeu de navigation
En Groupe

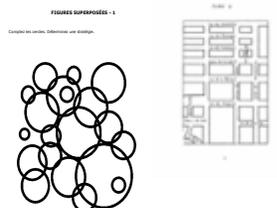


UNIVERSITÉ
PARIS DESCARTES



CRT(Wykes 2002)

Papier/crayon
Attention/mémoire
planification l'indiv



Recos (Vianin 2011)
Inform/papier-crayon
Individuel
ludique



NEAR (Medalia,2002)

Groupale
Informatisée/TCC
Motivation-Entraide



Des **tâches à domicile** tout au long des trois
mois pour inscrire les acquis dans le quotidien

Et pour la cognition sociale



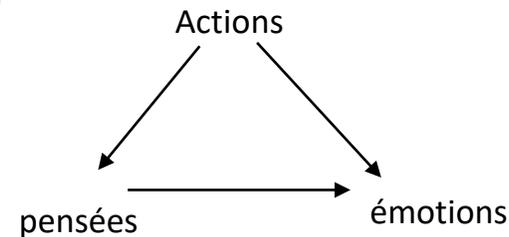
Reconnaissance des
Émotions faciales (Individuel)
(Gaudelus et al. 2013)



Programme RC2S (Remédiation
Cognitive de la Cognition
Sociale (individuel)
Interactions sociales
Complexes
Explicitation
Jeux de rôle
Réalité virtuelle
(Peyroux et al. 2014)



Programme SCIT (Social Cognition
Interaction Training) (groupe)
(Penn et Roberts, 2009)
(groupe)
Emotions
Perceptions
Biais de raisonnement



Comprendre puis
Réduire les biais de raisonnement
Qui altèrent les interactions

SCEILESS
Social Cognition - Explicit
learning and social skills
Programme d'explicitation,
Et d'apprentissage de la
Cognition et des habiletés



Décoder, Comprendre,
Exprimer puis produire
Les Émotions, pensées et actions
Pour soi et en interaction.

Etude Pilote
Octobre
2022

TOM-Remed
Équipe Versailles
TOM
Extraits de films
+ séances
Méthode groupale

Méthodes pour l'enfant

- Cognitus et moi (Demily et al. 2016): cible les troubles attentionnels et visuo-spatiaux – enfant avec DI légère

- CRT enfant (Bouden et Ghorbel)

Dispensé dès 6 ans

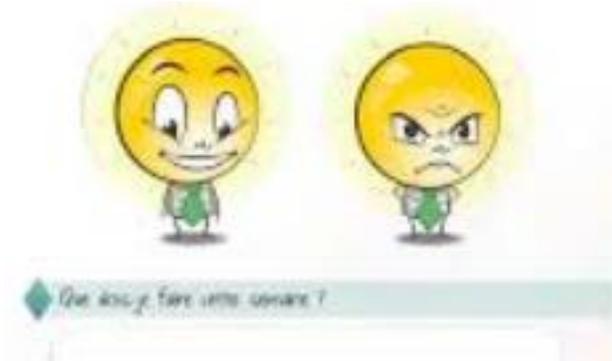
Validation dans l'autisme de haut niveau

(Hajri et al. 2016); le THADA (Hamza et al. In press)

En cours dans les troubles dys

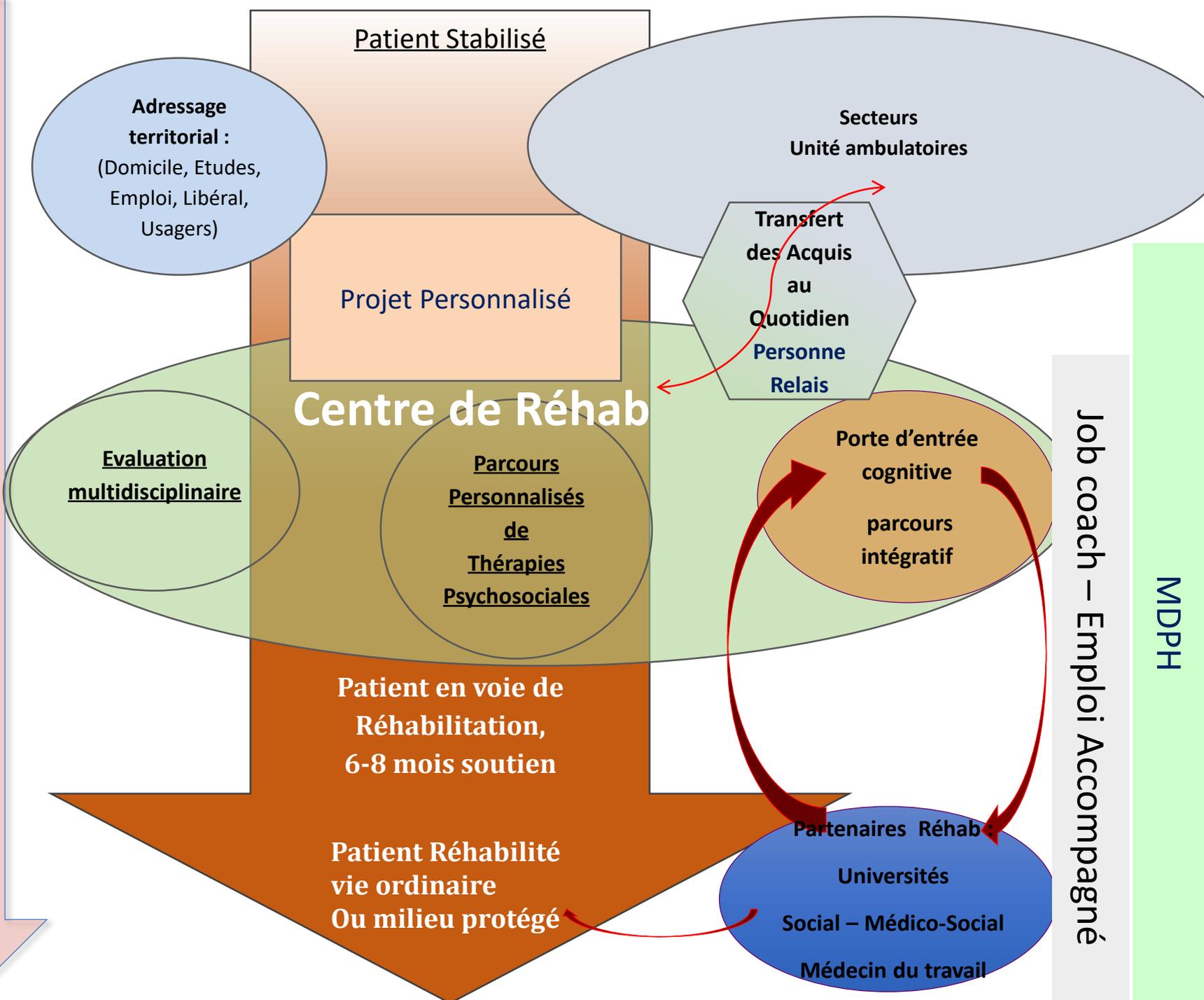
Formation: asmabouden@gmail.com

- **Adaptation CRT enfant pour retard cognitif de l'adulte**
(Sessad autisme – accompagnement d'une étude pilote)



LE MODÈLE
TREMPIN
POUR
L'INSERTION
ET LE
RÉTABLISSEMENT
Moualla 2018
Amado 2019

Soins
empowerment
Rétablissement



Job coach – Emploi Accompagné

MDPH

PRISE EN CHARGE SECTEUR

Nos Partenaires sociaux et médico-sociaux

- Usagers:

- PAARI (lien avec ARS/DGOS)
- UNAFAM
- La Cours des grands
- Pôle PPP du GHU

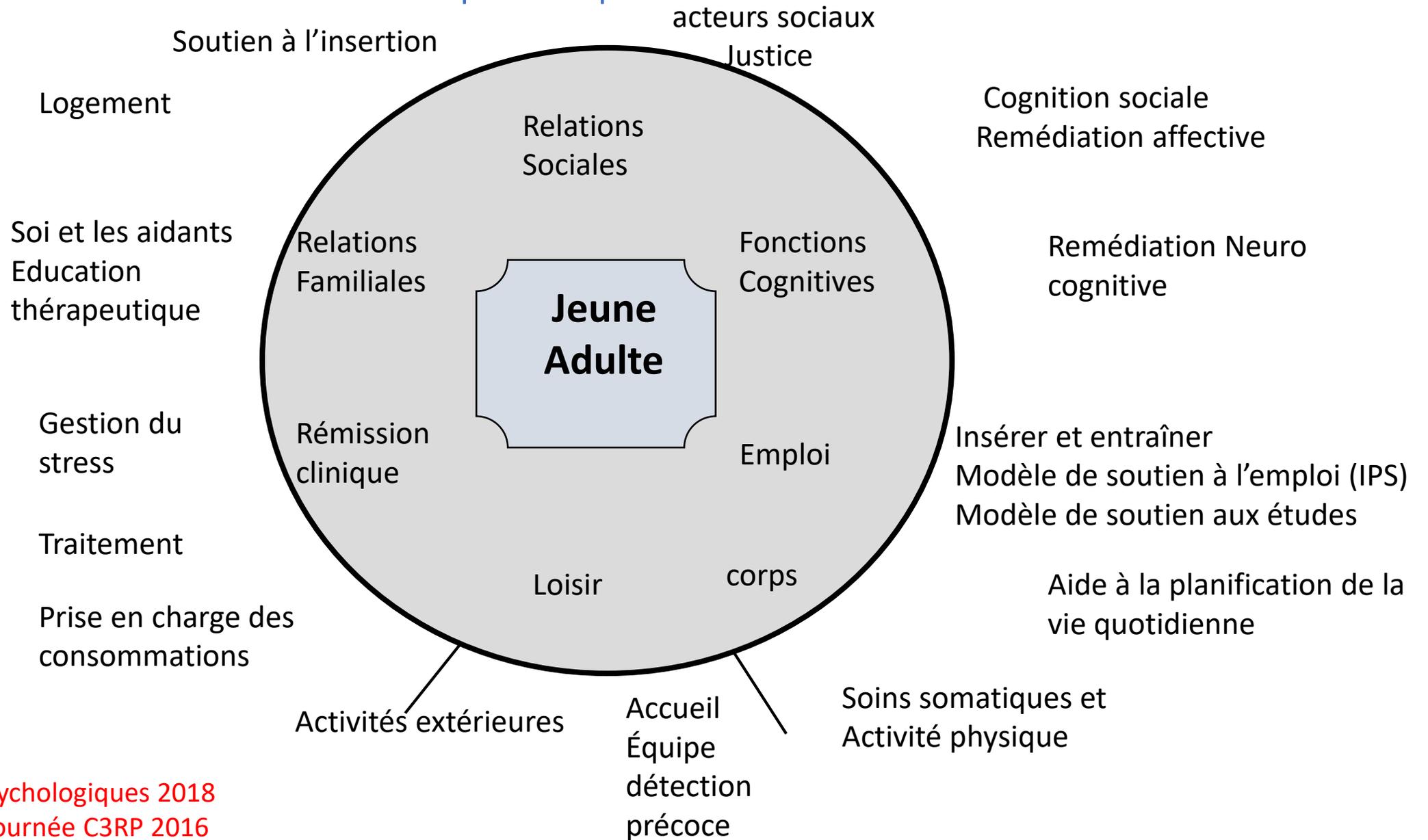
- Partenaires sociaux

- avec Talents
- MDPH Paris

- Médico-social

- Samsah Prépsy (case management)
- Entraide Vivre (plateforme orientation Pro/ESAT/SAVS)
- Regain (job coach – Esat)
- Espérance Hauts de Seine (Esat Jean Caurant, FAM)
- Club House
- ESAI/SAS Bernard Wibo (DI)
- GEM autisme
- Compéthences simplon (formation informatique)
- Association Ambroise Croizat (formations électroniques/microcablages)
- Les amis de l'atelier (stages de Bénévolat)
- Œuvre Falret
- SOS Handicap et Samsah Maraichers (Préparation au travail répétitif – DI)

La roue des niveaux d'intervention en phase précoce



Comment personnaliser une méthode groupale?

La méthode Near

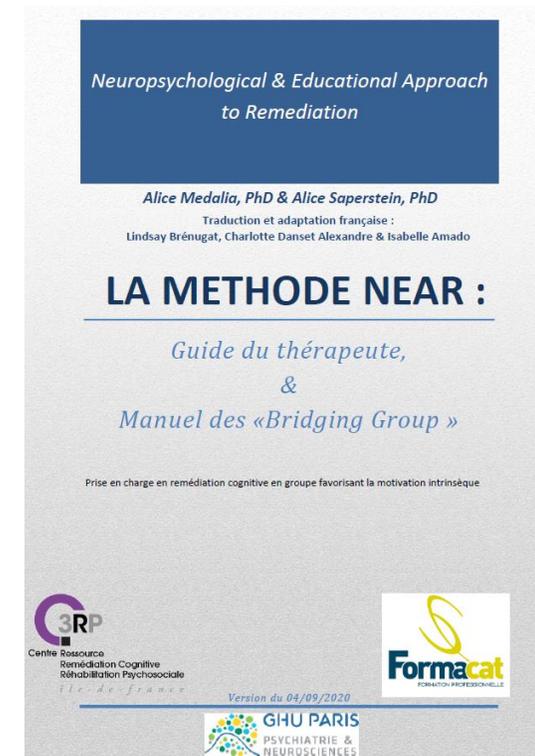
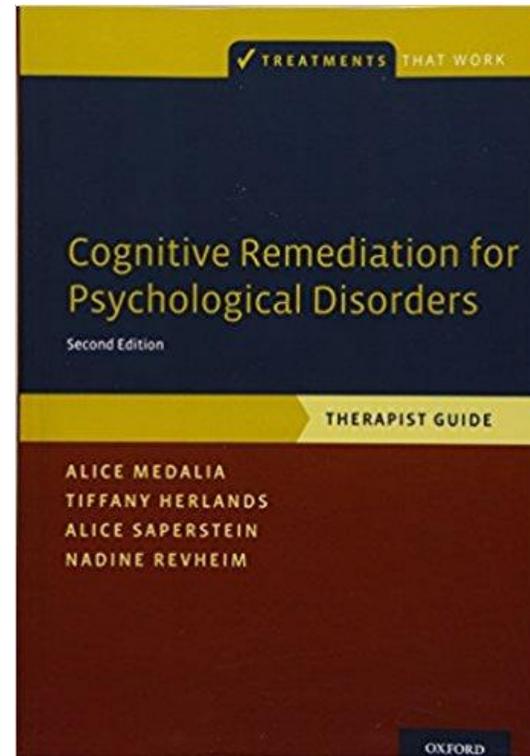
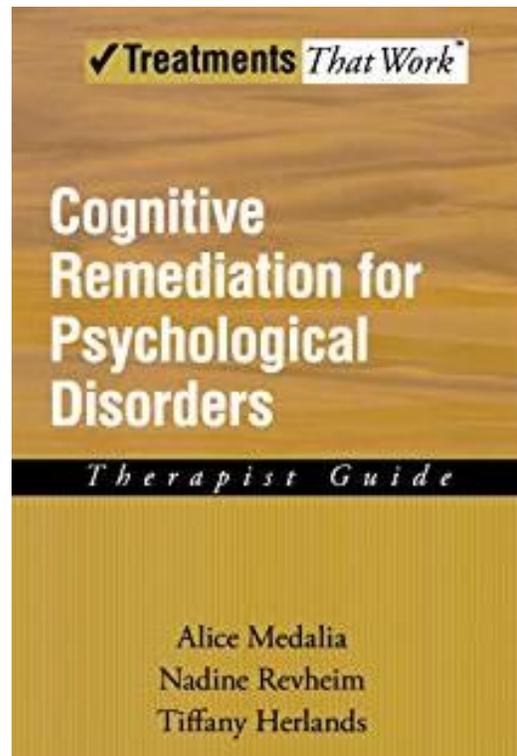
Etude menée par L. Brénugat (neuropsychologue – C3RP)

La méthode NEAR

A. Médalia & A. Saperstein, 2009;

Traduction et adaptation Française : L. Brenugat, C. Danset-Alexandre & I. Amado

Programme de remédiation neurocognitive groupale permettant une prise en charge personnalisée et pensée de manière à faciliter la genèse de la motivation intrinsèque et ainsi faciliter les acquis.



La méthode NEAR

- Evaluation pluridisciplinaire (clinique, neuropsychologique et fonctionnelle)
- Détermination d'objectifs cognitifs, fonctionnels et sociaux
- Validés lors de la restitution des évaluations par le participants
- Prise en charge de 4 mois à raison de 2 séances d'1h30 par semaine
- Déroulé des séances

Parcours individualisé

- Objectifs différents
- Sélection d'une liste d'exercices personnalisée en fonction des objectifs mais aussi centres d'intérêts des participants afin de favoriser leur motivation
- Plusieurs objectifs cognitifs pour un même participants au cours des 4 mois
- Idée est qu'en apprenant à mieux se connaître concernant leur fonctionnement cognitif, ils parviendront
 - à mieux identifier les fonctions cognitives mobilisées
 - augmenter leurs capacités d'agir
 - utiliser les stratégies les plus adéquates afin d'optimiser leur fonctionnement et accroître leur autonomie au quotidien
- Evaluation post Remédiation médicales, neuropsychologiques et fonctionnelles

Xxxxx XXXXX,
42 ans, né le 13/12/1976
Bilan pré-remédiation
Groupe NEAR



Résultats de l'examen neurocognitif (M. BRENUGAT)

Fonctions	Ressources	Faiblesses, Fragilités & Difficultés
<i>Neurocognition (cognition froide)</i>		
Raisonnement	Les capacités de raisonnement apparaissent efficaces. Le niveau de langage ainsi que l'élaboration verbale sont satisfaisantes. On observe de très bonnes capacités d'abstraction/conceptualisation verbale. Les capacités de raisonnement logico-déductif ainsi que de synthèse et d'abstraction non verbales sont bonnes.	Des éléments anxieux peuvent venir limiter l'accès aux capacités de raisonnement.
Vitesse de traitement	Vitesse de traitement cognitive et motrice satisfaisantes.	Cependant, les épreuves de rapidité semblent être source d'anxiété pour le patient.
Attention		Les capacités d'attention sélectives semblent fragilisées. Cela se traduit par un allongement du temps de réponse (mais qui se fait au profit de la précision) et une mobilisation qui semble coûteuse. On note également des fragilités d'attention soutenue.
Mémoire immédiate verbale et visuospatiale (Mémoire à court-terme et mémoire de travail)	Les capacités en mémoire immédiate verbale et non verbale sont tout à fait satisfaisantes.	On observe néanmoins des fluctuations dans les performances à mettre en lien avec les difficultés attentionnelles.
Mémoire épisodique	Les processus d'encodage, de stockage et de récupération sont parfaitement fonctionnels en mémoire épisodique verbale, notamment grâce à l'emploi spontané d'une stratégie efficace par regroupement sémantique. Les capacités en mémoire visuelle sont également satisfaisantes.	
Fonctions exécutives	Les capacités d'inhibition cognitive et de flexibilité mentale sont efficaces	Les capacités de planification apparaissent fragilisées, mettre en place un plan d'action dirigé vers un but lorsqu'il faut tenir compte de plusieurs contraintes peut s'avérer coûteux et difficile.
Fonctions visuospatiales et visuo-constructives	Les fonctions visuo-spatiales et visuo-constructives apparaissent préservées.	

Xxxxx dispose d'un grand nombre de ressources cognitives sur lesquelles il peut s'appuyer au quotidien et lors de la remédiation cognitive. Toutefois, il est observé des difficultés principalement au niveau attentionnel ainsi que de planification. Enfin, l'anxiété peut empêcher l'accès aux ressources cognitives.

Objectifs du groupe NEAR

*Projet :

- Reprise de la lecture
- Trouver un emploi à mi-temps
- A plus long terme se former pour être Pair-aidant

*objectifs cognitifs

- Améliorer les capacités attentionnelles
- Améliorer les capacités de planification
- acquérir des stratégies afin de renforcer le fonctionnement cognitif et diminuer l'impact de l'anxiété.

*objectifs sociaux :

- Etre à l'aise dans les échanges sociaux lors des séances de remédiation cognitive.

Groupe Near :

Début le 7 Janvier pendant 4 mois

Mardi après-midi (13h30h-15h) ; jeudi après-midi (13h30h-15h)

Thérapeutes : Mme RIGAUT et Mme MALANGIN (tel : 01 45 65 84 50)

Objectifs concrets

Objectifs cognitifs

Objectifs Sociaux

Population & méthodologie

102 Participants (76 SCZ, 19TSA, 7TED)

Âge moyen : 30 ans (± 9)

NE : 12,92 ans ($\pm 2,39$) -> Bac ± 2

Analyse statistiques :

1-Standardiser les normes d'évaluation sur une même métrique

z-score

2-Catégoriser les groupe cible et non cible (selon l'objectif travaillé):

5 objectifs cognitifs Vitesse de traitement, attention, Mémoire de travail, Mémoire à Long terme, Fonctions exécutives.

3-Analyser l'effet de la remédiation :

T-test (pairwise t-test) avec une correction de Bonferroni

Variables analysées

Variables cliniques	Variable Fonctionnelle	Variables neuropsychologique	
BPRS : score de symptomatologie	S-SQUOL (8 sous-scores et Score total) échelle de qualité de vie	D2 (GZ-F, F%, KL)	} Vitesse & Attention
Starkstein : Apathie	EAS (5 sous-scores et score total) Echelle d'autonomie sociale	Mémoire Chiffre Wais IV (NS envers et empan envers)	
	SERS : échelle d'estime de Soi	CVLT (1 ^{er} Rappel, Rappel total, RLCT, RLLT)	} Mémoire à long terme
		STROOP (interférence & Interférence-Deno)	
		TMT B-A (tps)	
		Commissions modifié (3 types d'erreurs et nombre total d'erreurs)	

résultats

- Pour le groupe général :
 - **Clinique** : Amélioration significative (BPRS), tendance pour l'apathie (Starkstein)
 - **Fonctionnel** : amélioration significative de la qualité de vie (notamment concernant les capacités de résilience) ainsi que sur l'autonomie dans les relations extérieures et une tendance concernant l'autonomie générale.
 - **Neuropsychologique** : Amélioration significative de l'attention, de la mémoire de travail, d'encodage et de récupération en mémoire à long terme et des capacités d'inhibition.

=> Efficacité clinique fonctionnelle et cognitive du programme.

Résultats selon objectifs ciblés : scores neuropsychologiques

Objectifs ciblés	vitesse de traitement	Attention	Mémoire de travail	Mémoire à long terme	Fonctions exécutives
Fonctions cognitives					
Vitesse de traitement (D2 (GZ-F))			0,014		
Attention D2-F%	0,023	0,0013	0,0005	0,0016	0,0013
Attention D2-KL		0,05	0,003	0,073	0,032
MDT NS envers WAIS IV					
MDT empan envers WAIS IV			0,035	0,072	
MLT CVLT 1 ^{er} rappel		0,0073	0,079	0,031	0,0015
MLT CVLT 5 rappel libres					
MLT CVLT RLCT		0,057	0,082	0,016	0,029
MLT CVLT RLLT				0,023	0,0597
Flexibilité TMT B-A					
Inhibition STROOP interf tps			0,044		
Inhibition STROOP Inter-Deno tps			0,011		0,0259

Résultats selon objectifs ciblés : scores cliniques et fonctionnels

Objectifs ciblés	vitesse de traitement	Attention	Mémoire de travail	Mémoire à long terme	Fonctions exécutives
Résultats cliniques					
BPRS		7,04e-5	0,0017	0,061	5,41e-4
Starkstein		0,047			
S-QUOL estime de soi		0,0089			0,042
S-QUOL Résilience		0,011	0,066		0,018
S-QUOL score total		0,0089	0,088		0,016
EAS-Soin personnels		0,063			
EAS gestion ressources		0,081	0,041		0,076
EAS relation extérieures		0,0016	0,0054		0,0042
EAS total		0,049	0,052		0,057
SERS		0,036			

=> Les améliorations cognitives les plus associées aux améliorations cliniques et fonctionnelles semblent être les capacités attentionnelles, les fonctions exécutives + la mémoire de travail dans une moindre mesure.

Au total

- Les capacités attentionnelles sont les fonctions les plus volontiers améliorées au terme du programme
- L'amélioration en mémoire de travail est associée à une amélioration en vitesse de traitement et en mémoire à long terme
- Des patterns d'amélioration différenciés selon qu'on cible des objectifs cognitifs et fonctionnels différents, surtout pour attention, inhibition et mémoire de travail.
- Un programme de RC qui remplit bien l'objectif de transférer à d'autres fonctions cognitives en post programme

Que deviennent les personnes
concernées à long terme?

Enquête rétrospective 2 à 7 ans après RC personnalisées : emploi, retour aux études et facteurs de rétablissement (Amado et al. 2020)

170 personnes invitées à participer
 92 personnes qui ont achevés des programmes de RC
 66 personnes qui ont complété les questionnaires
 Moy âge: 38.5 (SD 9.39)
 moy années d'étude : 13.4 (SD 2.9)

Personnes avec des déficits Cognitifs traités avec des Programmes personnalisés qui ont trouvé du travail, ont intégré des études, fait du bénévolat et se maintiennent plusieurs années plus tard (56% de personnes encore actives).
 Nombre de rechutes très faible

Table 4. Type of outcome (work, studies, housing, leisure and physical activity) listed at T1 and T2.

Type of outcomes	At T1	Since T2 in 2017-2018	p value*
	n (%)	n (%)	
Professional activity (all types of jobs)	19 (27,3)	39 (57,6)	<0,001
Open jobs	13 (19,7)	24 (36,4)	0,007
Users performing studies (all type of studies)	12 (18,2)	20 (30,3)	0,033
Users performing open studies	8 (12,1)	17 (25,8)	0,013
Living situation (Independent Housing)	21 (31,8)	41 (62,1)	0,066
Leisure (Reading)	9 (13,6)	28 (42,4)	0,002
Physical activity	12 (18,2)	34 (51,5)	0,033

* McNemar Chi-square test

Table 5. Characteristics of P-CR who participated to CR programs between 2009-2013 (Subgroup1) and between 2014-2016 (Subgroup2).

Cognitive Remediation	2009-2013 (n=37) n or mean (% or SD)	2014-2016 (n=29) n or mean (% or SD)	p value*
Socio-Demographics			
Male Sex	20 (54,1)	21 (72,4)	0,048
Age	41,3 (11,5)	34,0 (10,7)	0,041
Years of study	13,2 (2,9)	13,7 (2,7)	0,539
Diagnostics			
Schizophrenia	34 (91,9)	19 (65,5)	
Bipolar	1 (2,7)	2 (6,9)	
Neurodevelopmental Disorder	2 (5,4)	8 (27,6)	0,026
Programs			
CR Combination	1 (2,7)	6 (20,7)	0,019
CR in Group	1 (2,7)	12 (41,4)	<0,001
CR Social cognition	1 (2,7)	5 (17,2)	0,041
Psychosocial Therapies	11 (29,7)	14 (48,3)	0,123
Any Treatment at T2	36 (97,3)	27 (93,1)	0,417
Antipsychotics	36 (97,3)	27 (93,1)	0,417
Clozapin	18 (48,7)	7 (24,2)	0,042
Depote antipsychotics	3 (8,1)	6 (20,7)	0,139
Depote 1injection/15days	0 (0,0)	0 (0,0)	0,325
Equivalent chlorpromazine	259,4 (199,3)	184,5 (190,1)	0,127
Antidepressants	17 (45,9)	9 (31,0)	0,219
Mood stabilizers	7 (18,9)	6 (20,7)	0,858
Benzodiazepins	5 (13,5)	5 (17,2)	0,675
Anxiolytics or hypnotics	2 (5,4)	1 (3,4)	0,705
Methylphenidate	2 (5,4)	1 (3,4)	0,705
Type of outcomes since T2 (in 2017-2018)			
Professional activity	26 (70,3)	13 (44,8)	0,037
Open jobs	18 (48,7)	6 (20,7)	0,019
Users performing studies	7 (18,9)	13 (44,8)	0,023
Users performing open studies	6 (16,2)	11 (39,3)	0,036
Independent Housing	23 (62,1)	18 (62,1)	0,994
Leisure (Reading)	16 (43,2)	12 (41,4)	0,879
Physical activity	21 (56,8)	13 (44,8)	0,336
No relapse	21 (56,8)	23 (79,1)	0,054

*Pearson Chi-square Test or independent sample t test

Mieux suivre les parcours d'insertion: etude prospective SuiRehab

- Tout sujet qui bénéficie d'une thérapie psychosociale au C3RP
- Evaluations clinique, neuropsychologique et fonctionnelle
- Centrée sur la motivation, la satisfaction, le bien être et le rétablissement
- Évaluations avant/après programme puis annuellement durant 5 ans
- Possibilité d'ouvrir aux nouvelles unités de réhabilitation

L'avenir de l'HDJ: organisation dans le cadre de l'Agence Nationale d'aide à la performance (C.Martinez) d'une communauté de pratique: transformer les HDJ avec une orientation rétablissement

- Les HDJ sont souvent des symboles de chronicité
- Mission: Recenser les expériences innovantes d'HDJ en réhab en psychiatrie infanto-juvénile et adulte
- Développement de critères communs
- Elaboration d'une charte - Estimation de coûts médicaux

Unités innovantes en Psychiatrie infanto-juvénile

- HDJ infantojuvénile

- **L'étincelle** (Croix Rouge) (V. Girard – Paris 18^{ème} Arrondissement):

Indication dans l'autisme

Fondé sur des bases neuroscientifiques adaptées des travaux de Laurent, et des théories de Brigitte Harrison et Lemay (l'autisme expliqué aux non autistes) – Méthode d'apprentissage « saccade » (*Structure et Apprentissage Conceptuel Continu Adapté au Développement Evolutif*) – Brigitte Harrison et Lise Saint Charles, Quebec

2 ans après: 40% d'enfant fréquentent régulièrement l'école, améliorations cognitive et comportementales

- **Plateforme de réhab Sunrise** (MM Geoffrey – Lyon-Le Vinatier): parcours de soins et d'inclusion sociale pour l'enfant et sa famille: évaluation brève. Puis proposition de programmes de réhabilitation

Sunrise organise également des réorientations vers des structures spécifiques (périnatalité, troubles anxieux...)

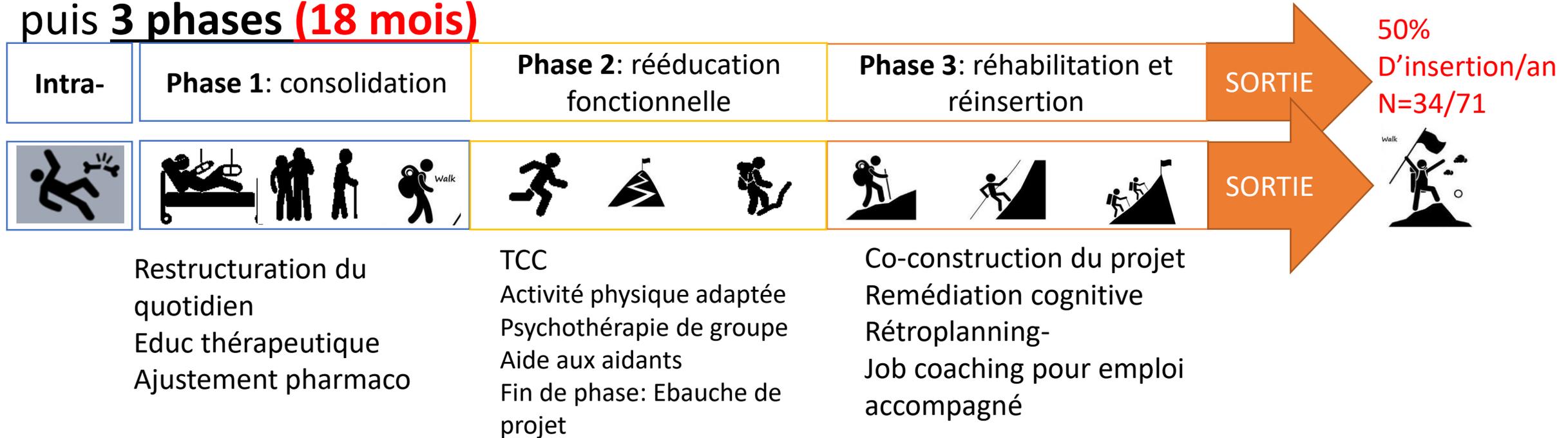
Exemples d'unités innovantes chez l'adulte



- Un HDJ orienté rétablissement – Espace de Chevalerie à Tours (J. Graux)
- Unifie 2 unités cliniques: le CMP et l'HDJ
- Organise directement l'éval multidisciplinaire et les thérapies psychosociales dès l'accès aux soins
- Propose une éval Ecologique, fonctionnelle, cognitive et sociale très précocément
- Construit des parcours de RC, des groupes de réhab et des activités thérapeutiques en HDJ

La nouvelle offre ambulatoire: un HDJ- sas de transition vers l'insertion (Dadi et al. en préparation)

A l'admission: **objectifs définis +++** avec patient/IDE référent/médecin puis **3 phases (18 mois)**



=> **Rôle tremplin** de l'HDJ-C3RP: passage **du soin vers l'empowerment**, pour le rétablissement

Creation d'une nouvelle unité : Pirpaneia

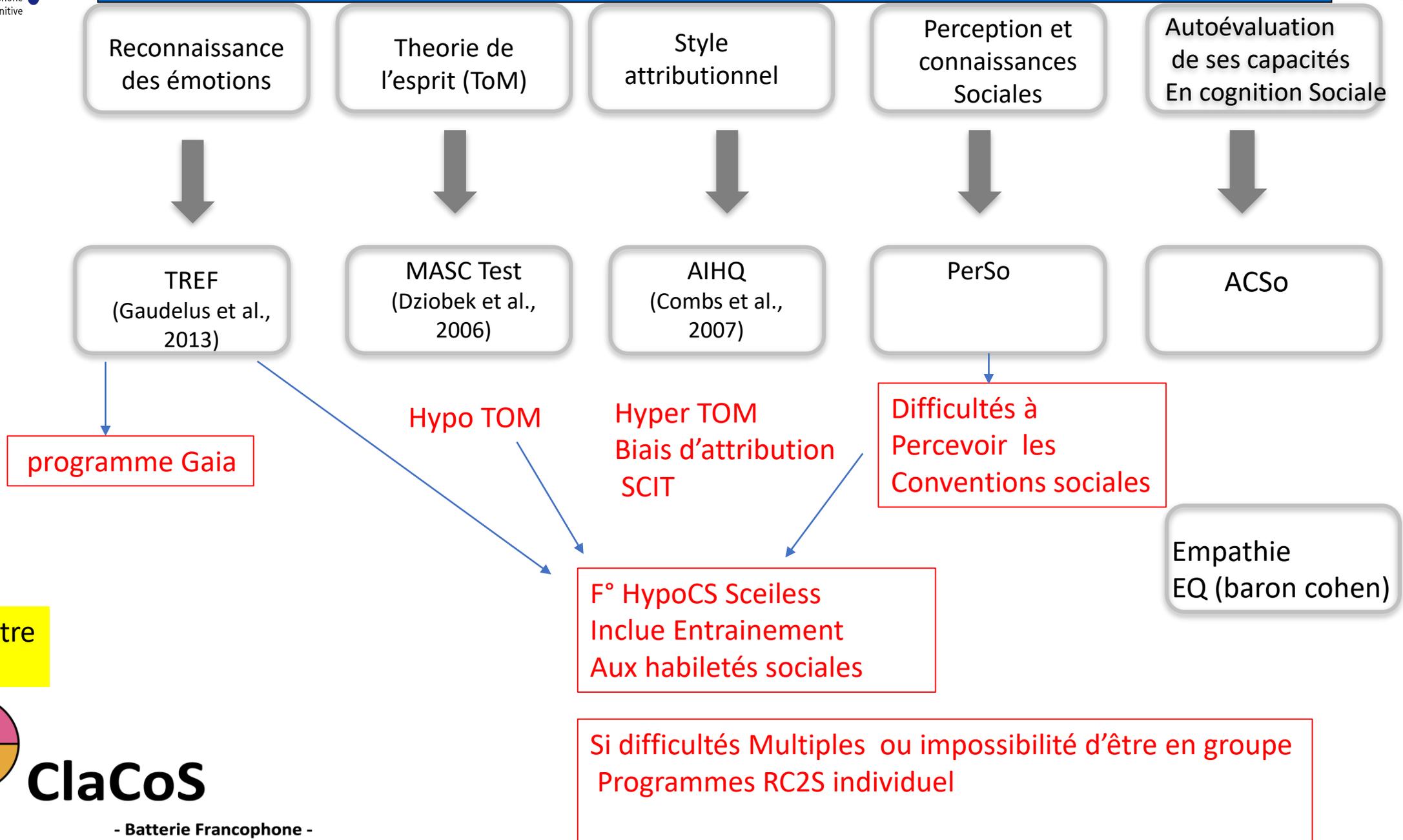
assure la continuité enfant adulte et cible l'emploi accompagné dans les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et les troubles du neurodéveloppement

- Demande insistante des associations de TSA auprès des autorités de tutelle
- Objectif: ne pas s'arrêter au diagnostic mais établir une évaluation fonctionnelle afin d'obtenir des préconisations de prise en charge
- Les associations d'usagers TSA sont partie prenante: ils adressent des personnes en souffrance clinique ou en urgence sociale, tentent de convaincre patients et familles à consulter, informent les usagers pour l'accès aux soins, les formalités, créent des webinaires pour emploi accompagné, inclusion sociale ...
- Ils construisent et animent avec l'équipe du C3RP des programmes d'éducation thérapeutique.

Missions de Pirpaneia

- Etablir le diagnostic si suspicion de TSA (prevalence des TSA non connue en France!)
- Enseigner la spécificité des TSA (dr Doyen pour l'enfant/ dr Moualla – Mme Jearally pour l'adulte)
- Préconiser des parcours (traitement/thérapies psychosociales)
- Adapter des programmes spécifiques pour les TSA.
- Initier des projets d'inclusion sociale et professionnelle en lien avec nos partenaires sociaux et médicaux sociaux (avec ou sans spécificité TSA)

Arbre de décision après évaluation de la cognition sociale



À paraître
2022

Principes

- Programme d'éducation thérapeutique : étude pilote débutée début janvier versus TAU
- Animation avec des patients experts (PAARI et FA C3RP / proches-aidants CRAIF et FA C3RP)
- Proposition dès l'annonce diagnostique
- Jusqu'à présent les questionnaires de satisfaction sont bons

Séance	Personne concernée	Proche
<i>Séance 1</i>	Présentation. Historique et définition nosographique / clinique des troubles du neuro-développement et du TSA	Présentation. Historique et définition nosographique / clinique des troubles du neuro-développement et du TSA
<i>Séance 2</i>	Les comorbidités et la gestion des traitements, aspects somatiques	Les comorbidités et la gestion des traitements, aspects somatiques
<i>Séance 3</i>	Les troubles neurocognitifs	Les troubles neurocognitifs
<i>Séance 4</i>	Emotions, sensorialité et autisme	Emotions, sensorialité et autisme
<i>Séance 5</i>	Les troubles des cognitions sociales	Les troubles des cognitions sociales
<i>Séance 6</i>	Gérer mon stress au quotidien : le détecter et le comprendre	Les conséquences familiales du trouble
<i>Séance 7</i>	Gérer mon stress social	La communication en pratique
<i>Séance 8</i>	L'intégration professionnelle	La communication en pratique
<i>Séance 9</i>	La vie affective et familiale, la sexualité, la parentalité	L'intégration professionnelle
<i>Séance 10</i>	Bilan du groupe, questions diverses	Bilan du groupe, questions diverses



Adaptation de la méthode NEAR aux TSA

- Avec adjonction de scénarios sociaux
- Personnes âgés de 13 à 40 ans.
- Collaboration des équipes du prof Bouden (hôpital Razi-Tunis), dr Doyen et Amado (infanto-Juvénile et adulte) et prof Medalia (Columbia – New York)
- Etude de faisabilité en début d'année 2023.
- Pourra permettre de travailler la neurocognition et certaines dimensions de la cognition sociale (initier une conversation, s'adapter aux autres, demander de l'aide...)

Traçabilité des parcours entre sanitaire et médicosocial Etude SMS-REHAB

- **Inclusion :**
- Toute personnes TSA venant du sanitaire ou du médicosocial pour un parcours d'insertion
- Bilan diag et multidisciplinaire et cohorte SuiRehab
- Partenaire privilégié: **le Samsah prépsy** (parcours d'insertion personnalisé pour jeunes adultes) avec des places spécifiques pour des TSA.
- Evaluations en parallèle, puis co-construction du projet d'insertion avec objectifs établis et révisés tous les 6 mois sur deux ans. Suivi régulier ensuite la troisième année.
- Parcours croisé étendus à nos principaux partenaires sociaux/medSoc

conclusion

- La France est le **pays leader au niveau international pour le déploiement à large échelle** de la RC et la RPS en santé mentale
- Un **réseau d'enseignement**, qui garantit l'expertise et une dissémination de pratiques validées qui **respectent les recommandations de bonnes pratiques cliniques**
- Des **nouveaux métiers du soins** : pair aidants, case manager, job coach, chargé d'insertion professionnelle
- Des innovations chez l'enfant comme l'adulte **pour un nouvel ambulatoire et un nouvel aller vers – des critères rigoureux – une charte de soins**
- Des nouveaux challenges pour **des indications toujours plus élargies**: TSA, addictologie, Traumatisés psychiques (maisons ATHOS dans l'armée), Déficience intellectuelle....

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Equipes du C3RP Pôle 15 - Pôle16 et PIRPANEA

SHU –Responsables : I.Amado / M.Moualla / L.Brénugat
M.Meslier –H.El Gholabzouri- S.Jearally-M.Visser - B. Rigaut-
-S.Cognon

Hôpital de Jour -USPS
Responsables : C. Mallet / A. Todd
E. Francula - M. Perez – A. de Lussac -

Unité Grand Enfant Jeune adulte
Responsable: J.Graignic
PF Fattacini-J Moland – C.Danset – B. loyer

Intersecteur de pédopsychiatrie
Responsable : C. Doyen –A.Fave
Y. Burnouf –T.Baron- M.Vlasie



FONDATION
Pierre Deniker
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE

