



SANTÉ MENTALE

En route vers le rétablissement

Mardi 11 octobre 2022

PROGRAMME

Animation de la journée par le Dr Christophe LAMISSE, chef de pôle de la psychiatrie d'Argenteuil

9h30 - 9h45 : Ouverture par l'ARS et un patient Médiateur Santé pair

9h45 - 11h00 : Pr Christine PASSERIEUX : La révision des critères d'attribution de la PCH et ses enjeux sociétaux

Dr Isabelle AMADO : La réhabilitation psychosociale

11h00 - 11h20 : Pause

11h20 - 12h00 : Présentations des deux plateformes de réhabilitation du Val d'Oise : missions communes et spécificités de la plateforme P2R95 et de la plateforme RENOVO

12h00 - 12h45 : Regards croisés avec des patients présentant leurs parcours et des médiateurs de santé pairs

13h00 - 14h30 : Stands et rencontres avec les partenaires - Déjeuner libre

14h30 - 16h00 : Tables rondes sur les grandes thématiques des parcours de réhabilitation : Habitat - Sport, Culture et Loisirs - Travail et Formation

16h00 - 16h45 : Restitution des échanges des tables rondes en plénière

16h45 - 17h00 : Clôture de la journée par le Dr Dominique CARAGE, membre de l'UNAFAM et présidente sortante de la Commission Spécifique Santé Mentale du Val d'Oise



Ouverture de la journée

**Directeur de projet psychiatrie
ARS IDF DD95**

Et un médiateur Santé Pair



M. Franck LAVIGNE

Mesdames et Messieurs les professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie,
Mesdames et Messieurs,

C'est **un grand plaisir** pour moi **d'ouvrir** cette première journée départementale **sur la réhabilitation psychosociale, intitulée, en route pour le rétablissement.**

Merci à vous **toutes et tous**, d'être présents aujourd'hui. Je suis **très heureux** de voir les rangs fournis de votre assemblée qui témoignent de tout l'intérêt que vous portez à cette thématique.

Merci à tous les intervenants et en particulier au Professeur Christine PASSEURIEUX et au Docteur Isabelle AMADO qui se sont rendues **disponibles** pour échanger avec nous aujourd'hui.

Merci aux organisateurs de cet événement et tout spécialement aux équipes :

- du centre hospitalier d'Argenteuil,
- de l'association les ailes déployées et de l'association HEVEA,
- ainsi qu'aux *Dispositifs d'appui à la coordination, les DAC et les Conseils locaux de santé mentale, les CLSM.*

Merci à toutes **celles et ceux**, qui se sont mobilisés et que je n'ai pas pu citer. Je sais qu'ils sont nombreux. Ils n'ont économisé **ni leur temps, ni leur énergie** pour faire de cette journée **un plein succès.**

Je suis certain que cet **événement fera date** dans notre département du Val-d'Oise. Plusieurs éléments plaident dans ce sens.

Votre cause, la réhabilitation psychosociale est essentielle, elle bénéficie d'un environnement favorable et d'une mobilisation forte dans le Val-d'Oise.

I - En effet, la réhabilitation psychosociale est un rouage essentiel permettant de favoriser le rétablissement des personnes

Elle vise à développer **le pouvoir d'agir.**

C'est une approche centrée sur la réalité et les besoins de la personne ainsi que sur ses projets plutôt que sur les symptômes.

L'accompagnement de la personne est **nécessaire et essentiel** pour l'aider à atteindre ses objectifs, à évoluer dans la cité, à s'insérer dans son environnement et à améliorer sa qualité de vie.

Une articulation doit s'opérer **pour la personne** concernée entre ses propres attentes, le constat d'un besoin de soins et d'accompagnement ainsi que la réponse apportée.

II - Cette démarche dont je n'ai brièvement effleuré que les contours et qui fera l'objet d'une présentation détaillée pendant cette journée par d'éminents spécialistes, bénéficie, d'un contexte favorable

En effet, le rétablissement et la diffusion des soins de réhabilitation psychosociale font partie de la feuille de route nationale pour la psychiatrie et la santé mentale.

Ils figurent également dans les actions retenues dans le cadre du projet régional de santé PRS 2.

L'instruction ministérielle du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires est **explicite.**

En effet, elle précise :

- les attendus relatifs à l'organisation et au développement des soins de réhabilitation psychosociale (RPS) dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

III - Au niveau départemental, vous pouvez être légitimement fiers du chemin parcouru en matière de réhabilitation psychosociale

Si on s'inscrit dans un temps court, en empruntant les chemins de l'histoire immédiate, plusieurs moments clés témoignent des avancées en matière de réhabilitation psychosociale dans notre département. J'en citerai deux :

- Les constats et préconisations de votre PTSM,
- ainsi que votre mobilisation pour que deux plateformes soient labellisées dans le Val-d'Oise.

1. Premier moment clé : les constats et préconisations de votre PTSM

Vous le savez, le diagnostic du PTSM est le fruit d'un intense travail auquel de très nombreux acteurs du sanitaire, du médico-social et du social, ont participé.

D'ailleurs, **je vois avec plaisir** qu'un nombre important de ces acteurs ayant participé à cette démarche sont présents aujourd'hui dans cette salle. Ils peuvent témoigner de l'intensité de cette dynamique collective qui a permis de restituer la réalité telle que vécue sur le terrain.



Cette démarche s'est structurée à l'aune d'un principe directeur :

- **le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture,**
notamment pour les personnes souffrant de 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 inclusion sociale.

Alors me diriez-vous, quels constats sont posés dans le diagnostic du PTSM

- ***Tout d'abord, force est de constater qu'en matière de réhabilitation et de rétablissement, on ne part pas de zéro***

Vous le savez mieux que moi, sur notre territoire, ont été mis en place des programmes puisant dans les techniques de la réhabilitation.

Sans être exhaustif, on peut citer les programmes :

- de remédiation cognitive,
- d'entraînement des compétences et des habiletés sociales
- et de psychothérapies **cognitivo-comportementales**,

Sont également mis en place des programmes relatifs à

- l'éducation thérapeutique du patient,
- la psychoéducation des familles et à la pair aidance.

Toutefois, cette offre **est insuffisante. Elle est loin de répondre** aux besoins importants de notre territoire.

- ***En effet, le PTSM fait état d'«un manque de pratiques sur le département puisant dans les outils de la réhabilitation psychosociale en vue d'améliorer le rétablissement et l'inclusion des patient***

Ainsi, dans notre département, apparait la nécessité :

- de densifier l'offre en matière de réhabilitation psychosociale,
- de la structurer et la rendre plus visible **afin de répondre** tant aux besoins des patients, qu'aux attentes des professionnels.

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que votre PTSM consacre plusieurs fiches action à la réhabilitation psychosociale

Elles sont structurées autour de trois axes essentiels :

- Les soins en réhabilitation psychosociale
- Le rétablissement, l'inclusion par l'emploi, le logement et l'accompagnement
- Le développement de la pair aidance et du soutien aux familles

1. Le deuxième moment clé attestant du chemin parcouru en matière de réhabilitation psychosociale réside dans la mobilisation des acteurs pour que deux plateformes soient labellisées dans le Val d'Oise

En 2021, un appel à projets de l'ARS – IDF a été lancé. Il avait pour objet la labellisation de 8 plateformes territoriales de réhabilitation psychosociale en Ile-de France. Le cadre d'intervention de ces plateformes était clairement défini.

Ces plateformes ont pour objet de :

- de structurer une offre lisible,
- de réaliser ou coordonner une évaluation des besoins et des compétences des personnes.

Elles ont également pour vocation :

- d'accompagner la personne dans la définition de son projet de vie;
- de proposer des indications de prises en charge personnalisées en fonction du bilan d'évaluation préalable, ceci dans une temporalité adaptée à la situation de la personne.

Enfin, ces plateformes ont aussi pour mission :



- de diffuser les connaissances auprès des équipes de proximité et proposer une offre de formation et promouvoir des formations existantes,
- et de mettre en place des programmes de réhabilitation psychosociale ou de remédiation cognitive.

En octobre 2021, deux projets, candidats à la labellisation, ont été présentés par les acteurs du Val d'Oise. Il s'agit :

- **d'une part**, de la plateforme territoriale de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale Sud Val d'Oise, pilotée par le centre hospitalier d'Argenteuil
- **et d'autre part**, de la plateforme de réhabilitation psychosociale du Nord-ouest Val d'Oisien, pilotée par l'association les ailes déployées et le groupement candidat associé.

Ces projets ont convaincu en raison :

- de leur qualité intrinsèque,
- de leur capacité à fédérer autour d'eux, à la fois les acteurs publics et privés du sanitaire et du médico-social et en associant notamment les DAC, les CLSM ainsi que l'UNAFAM.

Ces projets ont suscité l'adhésion en raison :

- de leur volonté commune de mutualiser leurs efforts en particulier concernant les programmes de formation,
- et **surtout** en raison de la vision proposée à l'échelle départementale misant sur la **complémentarité** de ces deux plateformes au plus près des spécificités de leurs territoires respectifs

Il s'agit, pour reprendre la célèbre formule, de René DUBOS, de « **Penser global, agir local** »

La conséquence directe vous la connaissez. Notre département dispose désormais de deux plateformes de réhabilitation psychosociale, labellisées, **selon la même temporalité**, par l'ARS Ile-de France. Elles vous seront présentées avec précision cette après-midi.

3. Ainsi, cet autonome 2022, inaugure une nouvelle phase : celle de la montée en puissance d'une offre plus lisible et mieux structurée en matière de réhabilitation psychosociale dans le Val d'Oise

Cette montée en puissance dispose de sérieux atouts. Elle s'appuie :

- **D'une part**, sur un intense effort de réflexion fourni par un large panel d'acteurs qui ont su apporter à cet édifice commun leur volonté et leurs compétences.
- **Et d'autre part**, sur une forte mobilisation partenariale, dont cette journée illustre parfaitement l'ampleur.

Désormais, les fondations sont robustes pour aborder et conforter pleinement la phase opérationnelle de cette structuration de l'offre en matière de réhabilitation psychosociale.

Cet édifice, ainsi construit, permettra de mettre à disposition de ceux qui en ont le plus besoin, **un plateau technique, visible, solide et étoffé**.

Philippe LABRO, journaliste et homme de culture, a écrit il y a quelques années un livre dans lequel, il décrit une période particulièrement sombre de son existence au cours de laquelle sa santé mentale a été très durement entamée. Il fait part également du long chemin qui l'a mené jusqu'à la guérison.

Son livre s'intitule « **Tomber sept fois, se relever huit.** »

Gageons qu'à l'avenir, une personne **et quelle que soit la gravité de ses troubles**, tombant 9 fois, en raison du poids de sa maladie, **trouvera dans notre département**, l'étaiyage nécessaire qui lui permettra de se relever une dixième fois et de retrouver ainsi **son pouvoir d'agir et son rôle de citoyen**.

Tel est l'enjeu qui nous réunit aujourd'hui.

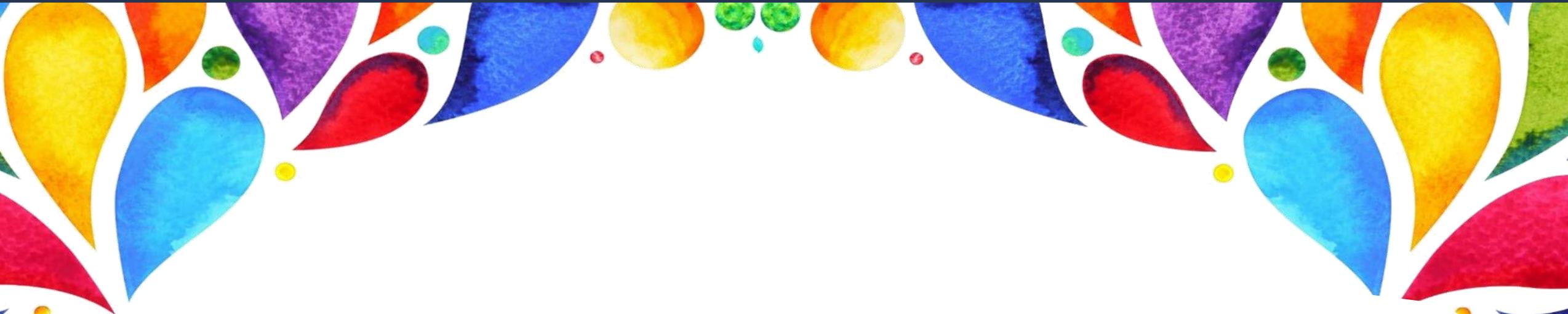
Voilà, Mesdames et Messieurs, les quelques considérations que je voulais partager avec vous en ouverture de cette première **journée départementale consacrée à la réhabilitation psychosociale**.

J'ai hâte, **comme vous**, que les échanges puissent commencer.

Nous les pressentons riches et à la hauteur des **attentes fortes** de notre département.

Je souhaite plein succès à vos travaux.





En route vers le rétablissement



La réhabilitation psychosociale

des apports scientifiques aux enjeux de société

Pr Christine Passerieux

Chef pôle psychiatrie et santé mentale,

Responsable de recherche

Professeur des universités,

Centre hospitalier de Versailles





La révision des critères d'attribution de la PCH et ses enjeux sociétaux

Apport des neurosciences cognitives à la reconnaissance du handicap psychique

Pr Christine Passerieux

DisAP, UMR1018, DevPsy, CESP, UVSQ– Paris Saclay

Pôle de psychiatrie et de Santé Mentale du Centre Hospitalier de Versailles

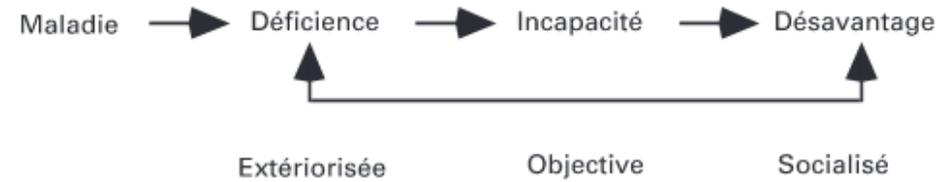
<https://www.cognitive-psychiatric-disability.fr/presentation>



L'évolution des modèles du handicap

- Modèle de la CIH (1980) :

« la personne handicapée »

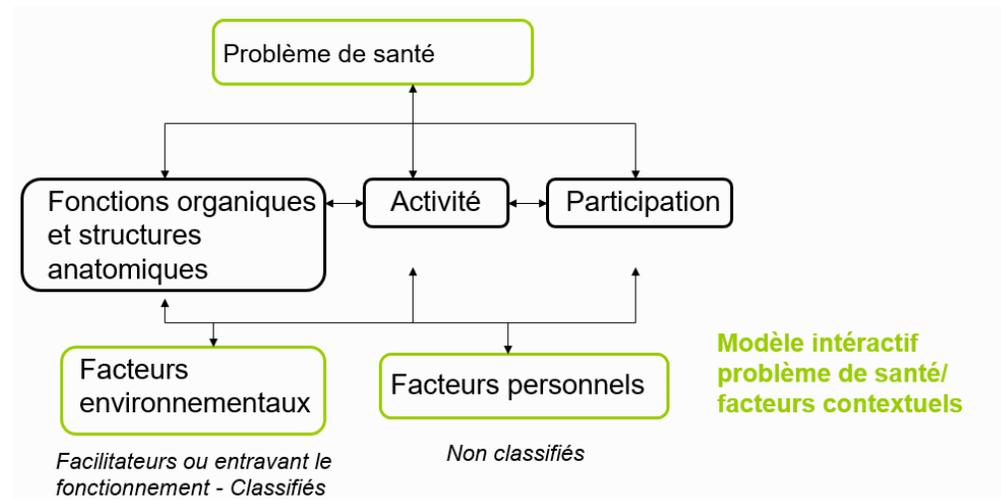


Influence des travaux universitaires et de la société civile, et en particulier de la forte critique des représentants des personnes concernées.

→ Le handicap d'une personne en fauteuil roulant dépend aussi de l'existence ou non de rampes d'accès.

- Modèle de la CIF (2001) :

« la personne en situation de handicap »



C'est sur ce modèle fonctionnel de la CIF que se base la définition du handicap de la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Constitue un handicap (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Désormais l'évaluation du handicap se fonde sur les limitations fonctionnelles et restrictions de participation et plus exclusivement sur un taux d'incapacité établi essentiellement sur les déficiences.



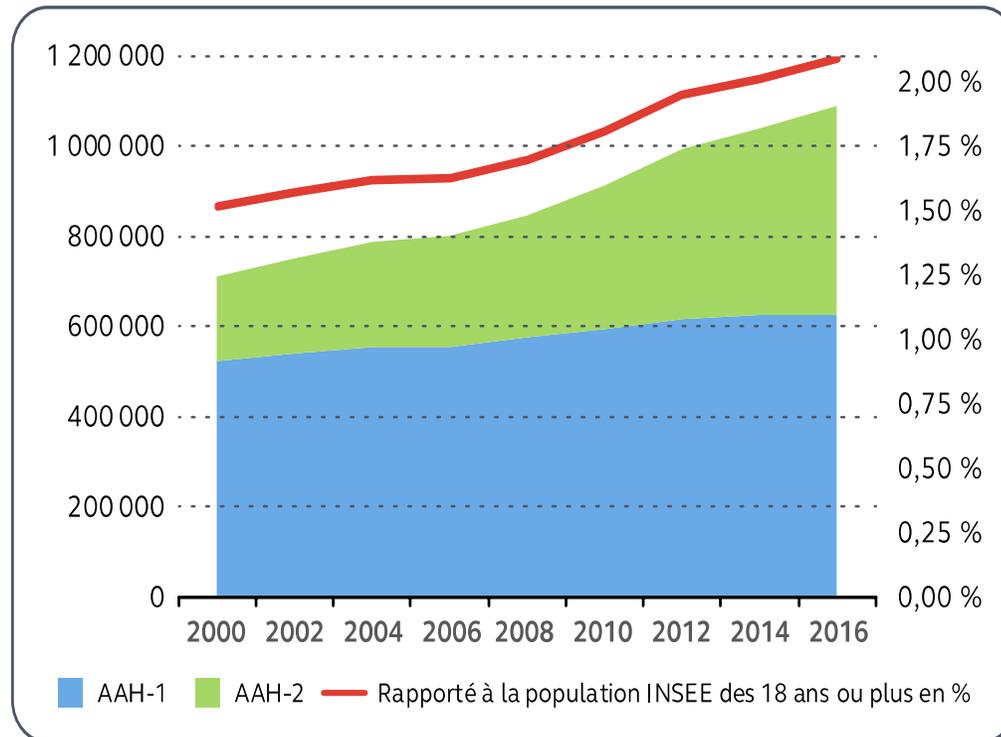
Comment décrire ces limitations fonctionnelles et restrictions de participation
Une nouvelle clinique : la clinique fonctionnelle du handicap ?

Un vif débat sur l'évaluation (et la nature) du handicap psychique : exemple de l'AAH

- Créée en 1975, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est destinée à assurer un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap qui ne disposent pas de revenus d'activité.
- Les conditions d'attribution de l'AAH ont évolué progressivement avec la nouvelle définition du handicap et l'introduction du critère de RSDAE «restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi »
- Deux types d'AAH :
 - AAH1 : taux d'incapacité reconnue supérieure à 80 %
 - AAH2 : taux d'incapacité entre 50 % et 79 % et reconnaissance d'une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE)

Rapport de la Cour des Comptes 2019

Une augmentation continue des bénéficiaires de l'AAH2



Source : Cour des comptes d'après DREES 2018 et Insee

- Le nombre d'allocataires de l'AAH rapporté à la population a augmenté de manière très rapide depuis dix ans.
- Sa part dans le budget de l'État progresse également à un rythme soutenu : de 2,8% en 2007 à 4,5% en 2017, soit une hausse annuelle de 400 M€ en moyenne.
- Avec 1 million d'allocataires, l'AAH est le deuxième minimum social en France
- Cette hausse est attribuable à l'AAH2
- Les troubles psychiques sont la déficience principale au sein de l'AAH2 (plus de 40 % des entrées dans l'AAH-2 dans certains départements)

Une impossibilité à caractériser les situations de handicap liées à des altérations des fonctions mentales, cognitives ou psychiques ?

Rapport de la Cour des Comptes :

« La difficulté voire l'impossibilité de dégager des critères objectifs pour caractériser la situation individuelle des demandeurs explique la grande disparité départementale des taux d'attribution de l'AAH »

« Certains critères actuellement appliqués sont vagues, en particulier concernant la notion d'atteinte à la vie sociale, et placent les évaluateurs dans la situation de devoir faire des choix en partie subjectifs »

Réponse de la présidente de l'UNAFAM :

« Les déficiences psychiques sont ... présentées comme la conséquence de difficultés d'ordre économique ou social. L'impasse est faite sur les troubles psychiques sévères et persistants ... mettre en avant une représentation « grand public », c'est stigmatiser le handicap d'origine psychique, le nier pour ce qu'il est réellement. Cela va à l'encontre de toutes les données scientifiques actuelles notamment celles des neuro-sciences. »

Caractériser ces situations de handicap : une question au cœur de la révision des critères de la PCH

La prestation de Compensation du handicap (PCH) :

- Créée par la loi de 2005, elle se substitue à l'allocation compensatrice pour tierce personne
- **visé à prendre en charge les dépenses** humaines, techniques, liées à l'aménagement du logement ou du véhicule, ou encore les dépenses animalières **liées au handicap**.
- Couvre plusieurs types de dépenses mais **principalement attribuée pour financer l'aide humaine** (92 % des montants versés)
- Aide humaine qui a pour objectif de fournir une surveillance régulière ou de l'aide d'une tierce personne **pour les actes essentiels de la vie quotidienne**.

Accès à la PCH-AH pour les personnes en situation de handicap mental, psychique, cognitif ou ayant un trouble du neuro-développement

- Constat partagé que la PCH est attribuée sur la base de critères initialement conçus en référence aux handicaps en lien avec des déficiences motrices ou sensorielles

« Les critères d'éligibilité à la PCH s'avèrent particulièrement inadaptés aux situation de handicap psychique... les personnes... souffrent souvent d'un apragmatisme dans la vie quotidienne liée à une incapacité à se représenter toute action, à conduire et à en percevoir le sens. » - ANCREAI – 2016

« Trop autonomes pour l'accès à la PCH, pas assez pour l'habitat ordinaire accompagné du seul SAVS ou SAMSAH, souvent restés dans leur famille faute de perspective, les personnes handicapées mentales ... sont des laissées pour compte du système actuel. » Martine Barres, notes de travail, 2019

- L'amélioration de l'accès à la PCH pour ces personnes : **une priorité identifiée lors de la Conférence nationale du handicap du 11 février 2020.**
- Remise du **rapport Leguay** en juillet 2021 (mission associant représentants associatifs et experts)
- **Décret du 19 avril 2022** reprend pour partie les propositions de ce rapport
 - Crée un nouveau domaine d'aide humaine : le « **soutien à l'autonomie** »
 - **Complète les critères d'éligibilité à l'aide humaine** afin de mieux prendre en compte les difficultés spécifiques rencontrées par les personnes concernées

Les enjeux pour les personnes concernées

En résumé, très résumé (cf le texte du décret et guide CNSA) :

l'aide humaine pourra être octroyée si la personne n'est pas autonome pour :

- « *gérer son stress face à l'imprévu ou encore ses habiletés sociales (interagir avec autrui, comprendre ses intentions et ses émotions...)* »,
- pour « *planifier, organiser, entamer, exécuter et gérer le temps des activités (habituelles ou inhabituelles)* »,
- pour effectuer des « *tâches multiples* » de la vie quotidienne, par exemple préparer un repas, ou réaliser les tâches « *liées à la prise, l'organisation et l'effectivité des rendez-vous médicaux* ».
- Le décret introduit également la possibilité d'être accompagné dans les transports.

➔ Aides pour accéder à un logement indépendant (dont le logement inclusif)

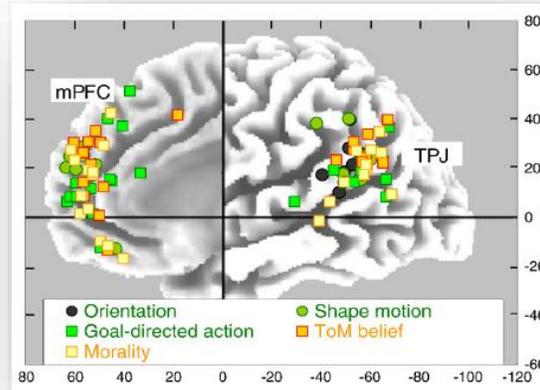
➔ Conditionne les aides pour le soutien à la parentalité

Quelles réponses ont été apportées à la question de la caractérisation des situations de handicap mental, psychique, cognitif ou en lien avec un trouble du neuro-développement ?

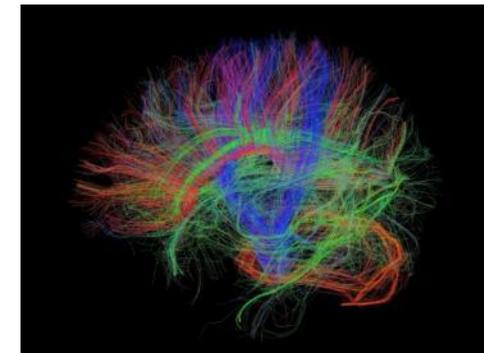
Apport des neurosciences cognitives aux proposition des nouveaux critères d'éligibilité à la PCH-AH

1 - Caractériser les déficiences :

- Altérations de fonctions cognitives qui ont des bases biologiques communes : un déterminisme génétique et neuro-développemental
- Sous tendues par les altérations de la structure cérébrale (défauts d'organisation de réseaux cérébraux spécialisés, et anomalie de la substance blanche et de la connectivité longue distance)



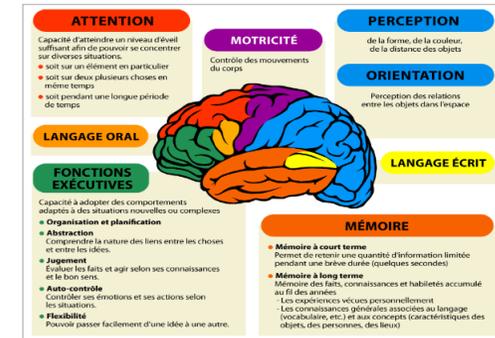
Le « cerveau social »



Le « cerveau connecté »

Un large consensus sur les fonctions concernées

- **La cognition « froide »** : attention, mémoire, fonctions exécutives (compétences permettant la planification, l'exécution, la coordination des activités, en associant plusieurs tâches, en s'adaptant au contexte de manière flexible et en gérant le temps).
- **Le traitement des informations sensorielles et intégration perceptive**
- **La motivation** : Capacité à se mobiliser pour initier et accomplir des actions de base, ainsi que pour anticiper, entreprendre ou persévérer dans un projet.
- **La cognition sociale / naviguer dans un environnement social** (Compétences permettant le décodage et la compréhension des émotions, et permettant d'interagir et de communiquer avec autrui en comprenant ses désirs, ses croyances, ses pensées, ses intentions)
- **Métacognition / Insight** : Compétences permettant l'évaluation de ses capacités, la reconnaissance et la prise en compte de ses limites, la capacité à prendre des décisions adaptées et à demander de l'aide ou prendre soin de sa santé



E. Brunet & P. Roux Connaitre et quantifier les déterminants du fonctionnement dans les troubles mentaux sévères et persistants. In traité de réhabilitation psychosociale sous la direction de Nicolas Franck – Elsevier Masson 2018

Neuropsychologie de la schizophrénie – sous la direction de Antoinette Prouteau – Dunod, 2011

F. Dellapiazza & A. Baghdadli The Impact of Atypical Sensory Processing on Adaptive Functioning and Maladaptive Behaviors in Autism Spectrum Disorder During Childhood..., <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03970-w>, 2019

2 – Montrer qu'il est possible de mesurer de manière valide le retentissement fonctionnel de ces altérations de fonctions cognitives

A titre d'exemple : c'est l'objet de l'échelle d'Evaluation des Processus cognitifs impliqués dans le Handicap Psychique (EHP) **de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie :**

- Construite à partir de la double expertise scientifique (psychiatres et neuroscientifiques) et expérientielle (familles UNAFAM) (méthode Delphi)
- Quantifie l'expression dans la vie quotidienne des 4 principales dimensions cognitives génératrice du handicap psychique dans la schizophrénie : la neuro-cognition, la cognition sociale, la motivation et la métacognition
- Cotation par les aidants



Disability and Rehabilitation

2017

ISSN: 0963-8288 (Print) 1464-5165 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/ldre20>



Assessing cognitive-related disability in schizophrenia: Reliability, validity and underlying factors of the evaluation of cognitive processes involved in disability in schizophrenia scale

Christine Passerieux, Virginie Bulot, Marie-Christine Hardy-Baylé & Paul Roux

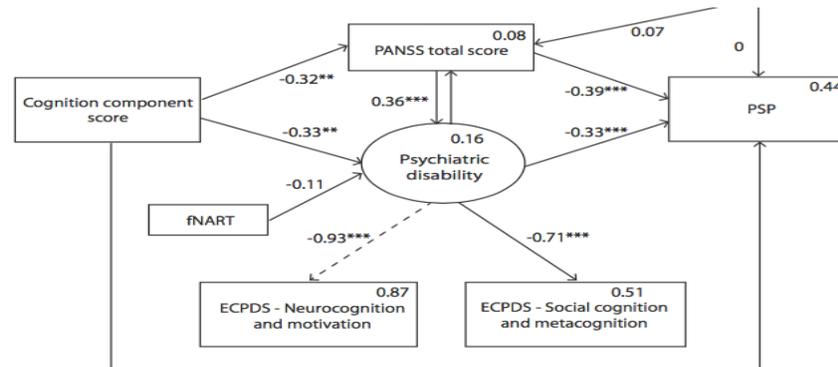
Chez 215 personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie

➔ Excellentes qualités métrologiques

➔ Prédit le niveau de handicap (WHODAS II, PSP, mode de vie)

Psychiatric disability as mediator of the neurocognition-functioning link in schizophrenia spectrum disorders: SEM analysis using the Evaluation of Cognitive Processes involved in Disability in Schizophrenia (ECPDS) scale

Paul Roux ^{a,b,c,*}, Mathieu Urbach ^{a,b,c}, Sandrine Fonteneau ^{a,b,c}, Fabrice Berna ^{a,d}, Lore Brunel ^{a,e}, Delphine Capdevielle ^{a,f}, Isabelle Chereau ^{a,g}, Julien Dubreucq ^{a,h}, Catherine Faget-Agius ^{a,i}, Guillaume Fond ^a, Sylvain Leignier ^{a,h}, Claire-Cécile Perier ^{a,h}, Raphaëlle Richieri ^{a,i}, Priscille Schneider ^{a,d}, Franck Schürhoff ^{a,e}, Anne-Marie Tronche ^{a,g}, Hanan Yazbek ^{a,f}, Anna Zinetti-Bertschy ^{a,d}, the FondaMental Advanced Centers of Expertise in Schizophrenia (FACE-SCZ) Collaborators:



Multicenter Study > Clin Rehabil. 2019 Jan;33(1):113-119. doi: 10.1177/0269215518787324. Epub 2018 Jul 17.

Screening for cognitive deficits with the Evaluation of Cognitive Processes involved in Disability in Schizophrenia scale

Paul Roux ^{1 2 3}, Mathieu Urbach ^{1 2 3}, Sandrine Fonteneau ^{1 2 3}, Fabrice Berna ^{1 4}, Lore Brunel ^{1 5}, Delphine Capdevielle ^{1 6}, Isabelle Chereau ^{1 7}, Julien Dubreucq ^{1 8}, Catherine Faget-Agius ^{1 9}, Guillaume Fond ¹, Sylvain Leignier ^{1 8}, Claire-Cécile Perier ^{1 8}, Raphaëlle Richieri ^{1 9}, Priscille Schneider ^{1 4}, Franck Schürhoff ^{1 5}, Anne Marie Tronche ^{1 7}, Hanan Yazbek ^{1 6}, Anna Zinetti-Bertschy ^{1 4}, FondaMental Advanced Centers of Expertise in Schizophrenia (FACE-SCZ) Collaborators; Christine Passerieux ^{1 2 3}, Eric Brunet-Gouet ^{1 2 3}

Affiliations + expand

PMID: 30012064 DOI: [10.1177/0269215518787324](https://doi.org/10.1177/0269215518787324)

Étude chez 108 personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie

Les symptômes et le handicap psychique évalué par l'EPHP sont médiateurs du lien entre la cognition et le fonctionnement

Étude chez 97 personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie

L'EPHP permet de dépister avec une bonne spécificité et sensibilité les personnes avec une schizophrénie présentant un déficit neurocognitif cliniquement significatif

Cette même logique a été adoptée par le groupe de la commission Leguay pour l'élaboration de ses propositions sur l'annexe 2.5 : associer les expertises scientifiques et les expertises d'usage

Sélection des déficiences :

- les plus prédictives des limitations d'activités et de participation sociale
- communes aux différentes personnes présentant des altérations des fonctions mentales, cognitives et psychiques
- Caractérisées par le fait qu'elles sont observables dans une multitude d'activités

Description de leur retentissement fonctionnel :

- De manière objective et mesurable en terme de sévérité
- À partir des activités de la CIF (et version enfant et adolescent)

Appui sur

- La littérature scientifique
- les travaux du groupe de travail sur le volet 3 du certificat médical (CNSA 2016-2019)
- Le GEVA
- les dossiers techniques CNSA (TSA, Troubles Dys, Troubles psychiques)
- L'EPHP
- Les travaux d'HANDEO

Analyse de l'annexe 2.5 au regard des altérations de fonctions mentales, cognitives et psychiques

Sont déjà pris en compte par l'annexe 2.5

- **Les troubles de la cognition sociale** dans le critère d'éligibilité :
« maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui »
- **Les difficultés d'initiation de l'action** par la prise en compte du besoin de stimulation dans la cotation des niveaux de difficulté à réaliser les activités et l'utilisation de l'adverbe « spontanément »
(« la difficulté est absolue lorsque l'activité ne peut pas être réalisée sans aide, y compris la stimulation, par la personne elle-même »)

Analyse de l'annexe 2.5 au regard des altérations de fonctions mentales, cognitives et psychiques

Ne sont pas pris en compte dans l'annexe 2.5

- **les troubles des fonctions exécutives, attentionnelles et mnésiques** dont le retentissement fonctionnel s'observe dans l'activité de la CIF « ***Effectuer les tâches uniques ou multiples de la vie quotidienne*** »
- **Les troubles de la métacognition** qui s'observent dans les difficultés dans l'activité de la CIF « ***Prendre soin de sa santé*** »
- **l'extrême vulnérabilité au stress et à l'imprévu** qui s'observe dans l'activité de la CIF : « ***Gérer le stress et gérer son comportement, faire face à l'imprévu, à une crise, à la nouveauté*** »

Donc proposition de rajouter ces trois activités comme critères d'éligibilité à la PCH et à la PCH-AH

Travaux en cours menés par la CNSA en vue d'une application du décret le 1^{er} janvier 2023

- Décrire les critères de gravité des nouvelles activités pour l'éligibilité à la PCH-AH selon la cotation en usage (difficulté modérée, grave, absolue)
- Écrire un guide pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH
- Construire une annexe du certificat médical de demande à la MDPH (reprise des travaux menés entre 2017 et 2019)
 - afin d'apporter les informations utiles aux équipes pluridisciplinaires
 - Principe retenu d'un document en deux parties :
 - médicale pour les déficiences
 - dédiée à la personne concernée et à ses aidants (proches ou professionnels) pour les retentissements fonctionnels

Equipe de recherche DisAP Cognitive Disability and functional impairments in Acquired brain injuries and Psychiatric disorders

<https://www.cognitive-psychiatric-disability.fr/presentation>

Paul Roux / Eric Brunet / Mathieu Urbach / Virginie Bulot / Nadia Younes / Philippe Azouvi / Mario Speranza / Christine Passerieux



Pôle universitaire de Psychiatrie et Santé Mentale du Centre Hospitalier de Versailles –

*Responsables : Pr Christine Passerieux, Dr Nadia Younes & Pr Mario Speranza
Alexandra Ribeiro, Julien Torrent*

HDJ et Plateforme de Réhabilitation du Centre Bleuler

*Responsable Dr Virginie Bulot
Elisabeth Massé, Catherine Dario, Fabienne Julien,
Christelle Maillarbaux, Sylvie Ronsin, Wafia Bouroubi,
Katell Lemaitre, Lauriane Gargasson*

Centre Expert Schizophrénie

*Responsable Dr Matthieu Urbach,
Aurélié Esselin, Marine Jarroir*



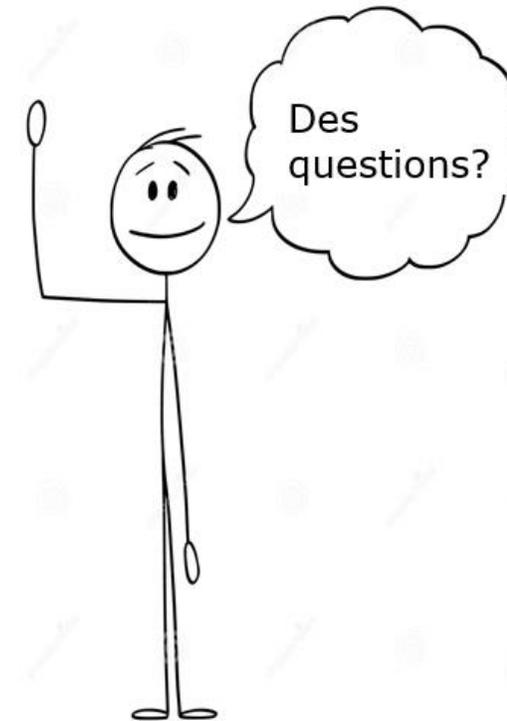
Centre Expert Bipolaire

*Responsable Pr Paul Roux
Anne Marie Galliot, Laura Brehon*

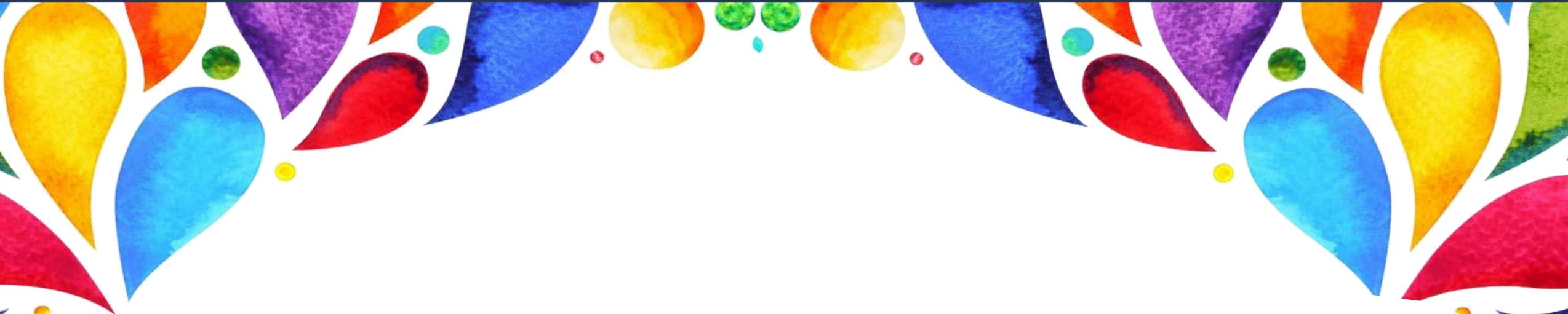


Centre Expert Asperger

*Responsable Dr Marie Valette,
Laure Boisseleau, Frédérique Nicou, Cecile Perinet*



Merci de votre attention



En route vers le rétablissement



La réhabilitation psychosociale

c'est quoi ?

Dr Isabelle Amado

Médecin responsable du

Centre Ressource en Remédiation Cognitive et de Réhabilitation

Psychosociale (C3RP)

Service Hospitalo-Universitaire

GHU – Site Sainte Anne - Paris





La Réhabilitation Psychosociale c'est quoi?

I. Amado

C3RP – Service Hospitalo-Universitaire

GHU – Site Sainte Anne

Paris



plan

- Définition
- En pratique : La Réhabilitation psychosociale : de quoi parle t-on?
- La Remédiation Cognitive
- Les modèles de soins
- conclusion

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

Principes de la réhabilitation

- La réponse pharmacologique n'apporte qu'une résolution partielle des troubles: la désorganisation, ou les symptômes négatifs ne sont que peu ou pas améliorés par les traitements
- Certains troubles psychiatriques, comme certaines formes d'autisme ne nécessitent pas de traitement pharmacologique mais nécessitent des thérapies psychosociales. (recommandations Autisme HAS 2017)
- Les cibles de la thérapie psychosociale touchent aux besoins fondamentaux de l'humain: qualité de vie, bien être, non stigmatisation, droits à la citoyenneté, sexualité, parentalité, loisirs, culture, habitat...

Evolution récente en France

- Le courant de la réhabilitation en France existe depuis 2008
- Mais son développement et sa dissémination avec la création de « guidelines » ont débuté avec la création de l'association Francophone de Remédiation cognitive (AFRC: <https://remediation-cognitive.org/>)
- S'en sont suivis des formations diplômantes (RC, pair aidance, case management, Réhab)
- le courant de la réhabilitation psychosociale (RPS) s'est développé de manière unique en France, du fait de l'apport de la sectorisation et du maillage psychosocial développé autour du secteur
- L'évolution vers une psychiatrie de territoire utilise
 - 1-la richesse du maillage social hérité de la sectorisation des années cinquante en France,
 - 2-les nouvelles techniques, en particulier la remédiation cognitive et les TCC, importées d'autres pays (USA – Canada – UK)

Principes de la RPS

- La réhabilitation psychosociale s'adresse aux patients qui ont un handicap psychique et vise à retrouver une place dans la société, et **une dignité dans la réalisation de soi.**
- Elle vise un gain dans l'autonomie, une insertion sociale et professionnelle, afin que la personne souffrante puisse trouver une **place pleine et entière dans la société.**
- Elle permet à l'individu souffrant de **retrouver les moyens d'agir, une place dans la société, et sa dignité.**
- Elle prône le principe du **rétablissement**

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.

En pratique:

comment se pratique la réhabilitation psychosociale?

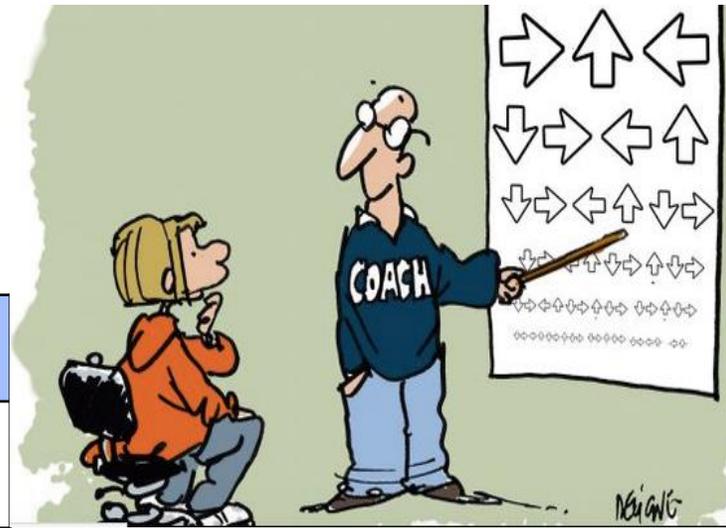
- **Dès le premier accès au soin** de l'usager,
- La RPS doit être pratiquée en prévention:
 - Il existe actuellement des thérapies de réhabilitation proposées aux sujets à risque de développer une psychose
 - Ou aux sujets ayant un premier épisode de schizophrénie.
- La RPS débute par un **bilan multidisciplinaire** qui comprend:
 - entretien médical
 - bilan neuropsychologique
 - évaluation fonctionnelle.

Bilan multidisciplinaire: l'Entretien Médical



- recueille la **plainte cognitive** ou fonctionnelle, évalue la symptomatologie, questionne sur le degré d'autonomie et la qualité de l'environnement
- Évalue le **niveau d'engagement** du patient
- Il faut voir dans le patient **un partenaire actif dans la société**, même sans produire ou travailler.
- Demander au patient **s'il a un projet**. Expliquer qu'une relation de partenariat implique que **chacun donne, s'engage et y met du sien et du sens**.
- **Qu'est ce que le sujet peut proposer pour la réalisation de soi?**

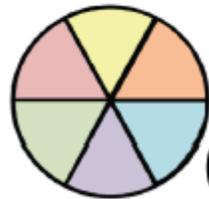
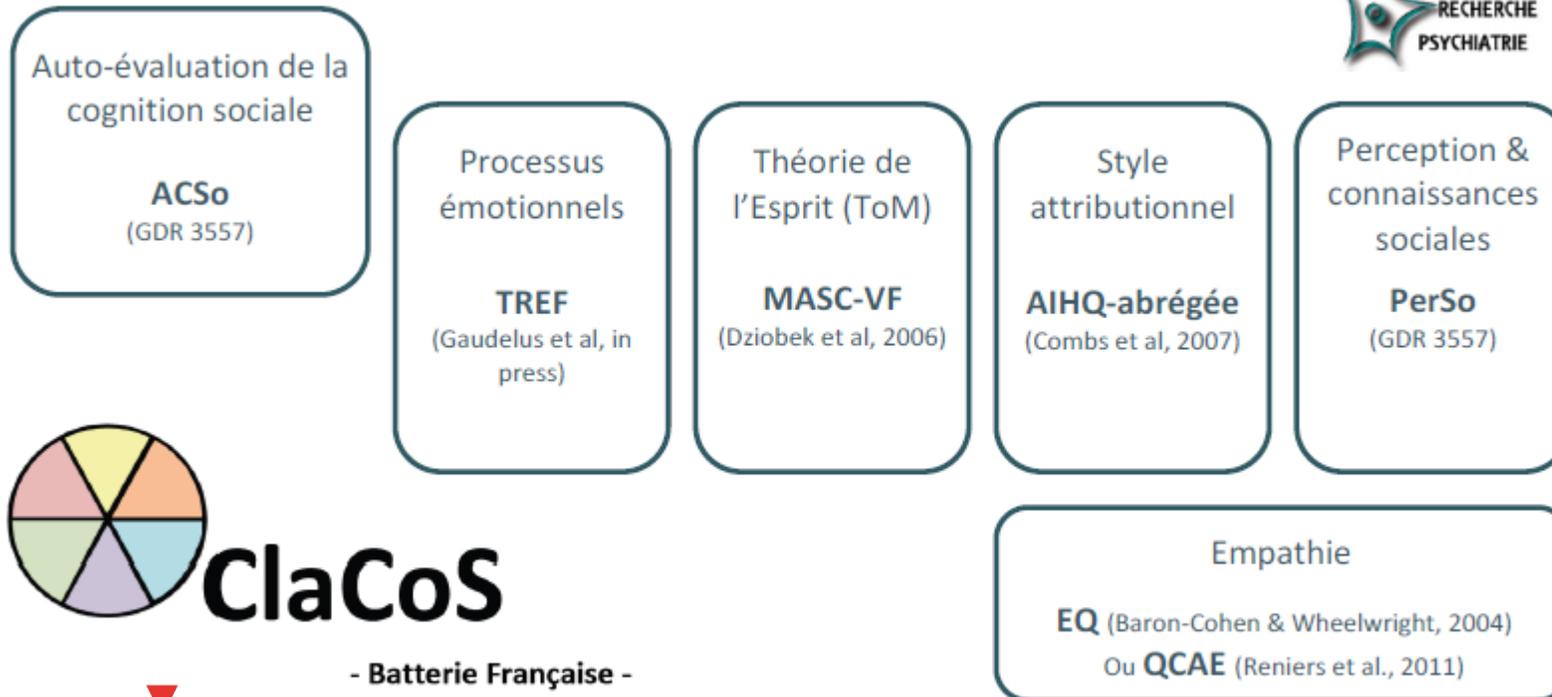
Evaluation neuropsychologique neurocognitive



Evaluation neuropsychologique	Fonctions cognitives	Tests
Troubles fréquemment observés en psychiatrie	Effizienz 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

EXAMEN DE LA COGNITION SOCIALE

À paraître Hogreffe 2022



ClaCoS

- Batterie Française -

L' évaluation fonctionnelle et de l' autonomie doit être multidisciplinaire

- Environnement
- Budget
- Nutrition – Repas
- Gestion des actes de la vie quotidienne
- Gestion du traitement
- Relation familiales - amicales – affectives

Cette évaluation est pratiquée aussi par l' infirmière de remédiation

Apport de ortho-kiné-psycomot-ergo (construire un réseau pour des bilans complémentaires)

Evaluation fonctionnelle infirmière ou ergothérapeute

- Va détailler la plainte cognitive et ses répercussions au quotidien
- Fait le lien entre **fonctions cognitives et domaines de la vie quotidienne**
- Détaille **les aspirations et besoins de la personne**
- Outils d'évaluation: -Eladeb (Pomini et al. 1999)
 - test des errances multiples (résoudre un problème complexe: faire différentes courses dans le quartier)

Les infirmières **vont délivrer le programme, et établir le socle de tâches à domicile en fonction des aspirations et du projet, pour augmenter la motivation et renforcer le transfert au quotidien.**



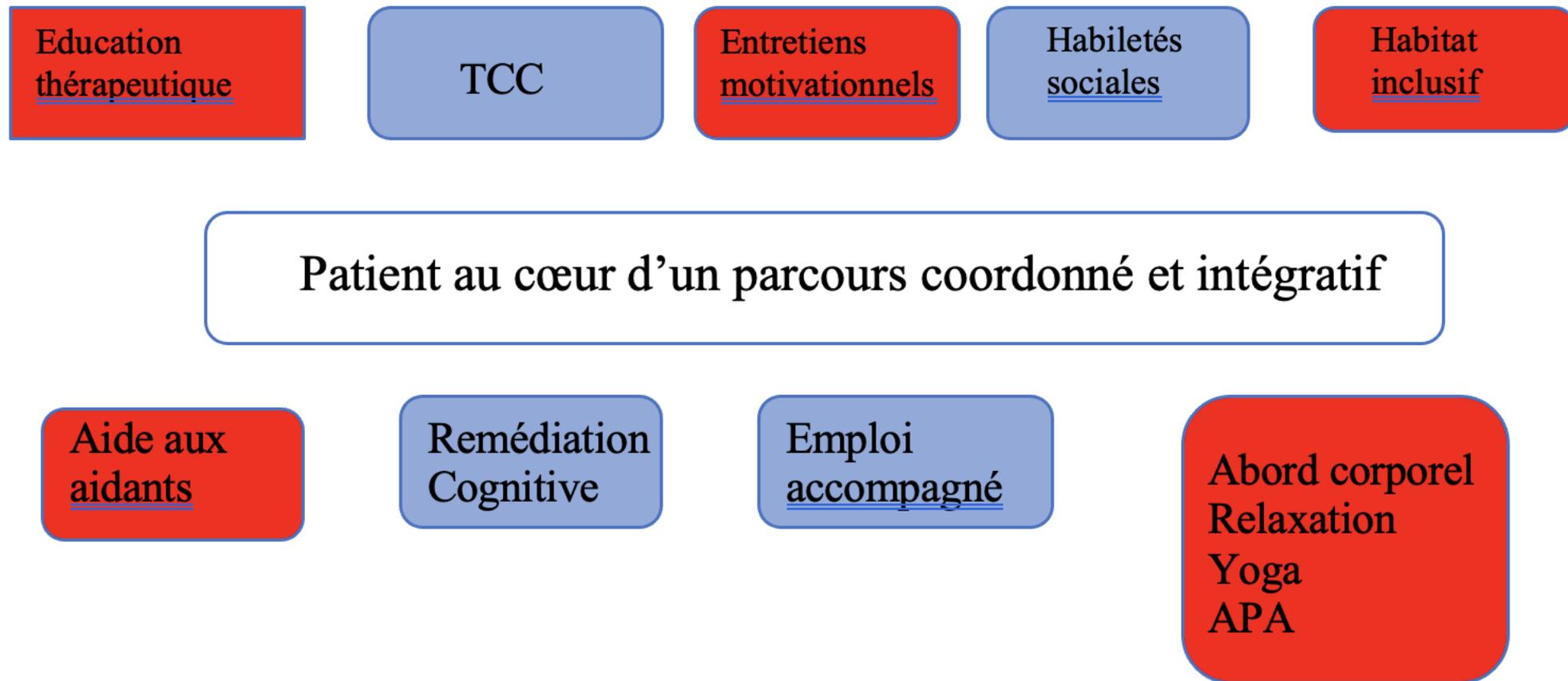
À l'issue du bilan neuropsychologique

- Le bilan va retracer **tout le parcours neurodéveloppemental** : prendre le sujet dans sa globalité sur une trajectoire qui part du début de son développement (grossesse et naissance)
- Retracer **tous les aspects de l'apprentissage** pour une personne donnée
- Évaluation des **points forts et des faiblesses** du participant
- met en avant **les stratégies** qui vont pouvoir être développées pour réduire les difficultés et pallier les déficits avec des stratégies de compensation que la personne va faire sienne.

Quel panel de thérapies
psychosociales ?

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.

Neurocognition- Des méthodes personnalisées

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



Hospitalisation
Au long cours
(C3RP-USPS)

IPT (groupe)

Depuis le neurocognitif
Jusqu'à la cognition
sociale



Institutionnalisation (HDJ-CATTP)

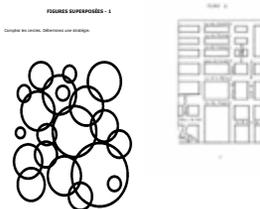
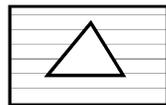
JEU MATHURIN (Amado et al. 2016)

Planif vie quotidienne
En ville virtuelle
Jeu de navigation
En Groupe



CRT (Wykes 2002)

Papier/crayon
Attention/mémoire
planification l'indiv



Recos (Vianin 2011)

Inform/papier-crayon
Individuel
Ludique

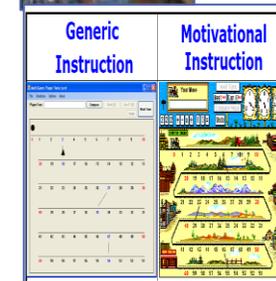


Ambulatoire – différents profils

PREMIERS ÉPISODES

NEAR (Medalia, 2002)

Groupale
Informatisée/TCC
Motivation-entraide



Training cognitif sur tablette

Attention,
WM,
Mémoire épisodique
Fonctions exécutives: flexibilité,
inhibition, Planification
Fluences
Programme ludique, convivial,
Évitant le recours à une structure
médicalisée
Pluri hebdomadaire sur environ 40h

Coaching hebdomadaire

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

Et pour la cognition sociale



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

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

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

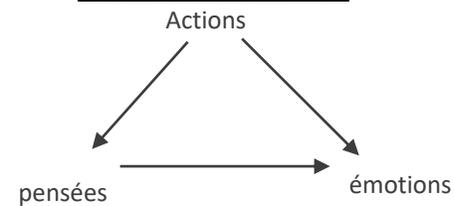
**Programme RC2S (Remédiation
Cognitive de la Cognition
Sociale (individuel)**
Interactions sociales
Complexes
Explicitation
Jeux de rôle
Réalité virtuelle
(Peyroux et al. 2014)



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



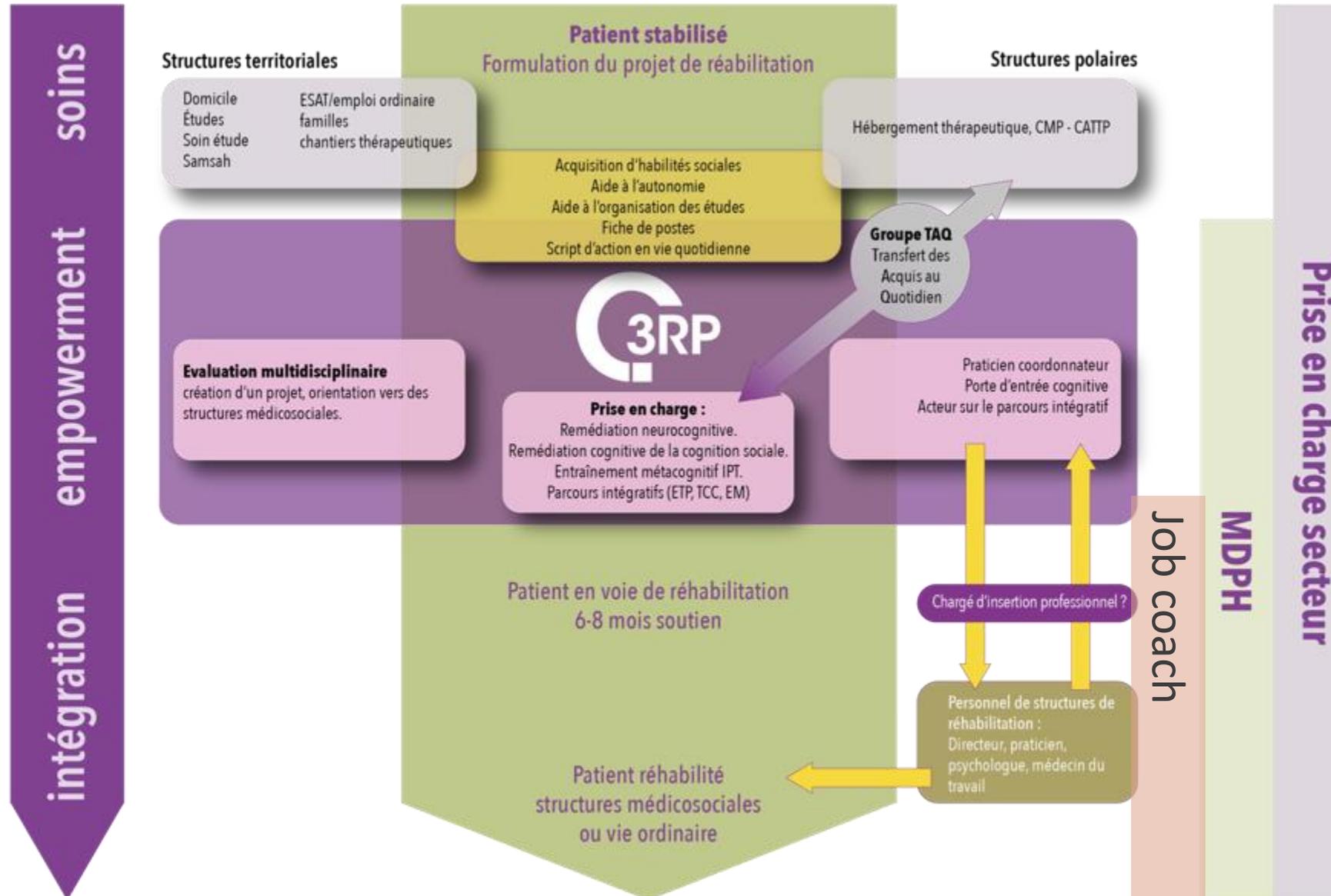
Décoder, Comprendre,
Exprimer puis produire
Les Émotions, pensées et actions
Pour soi et en interaction.



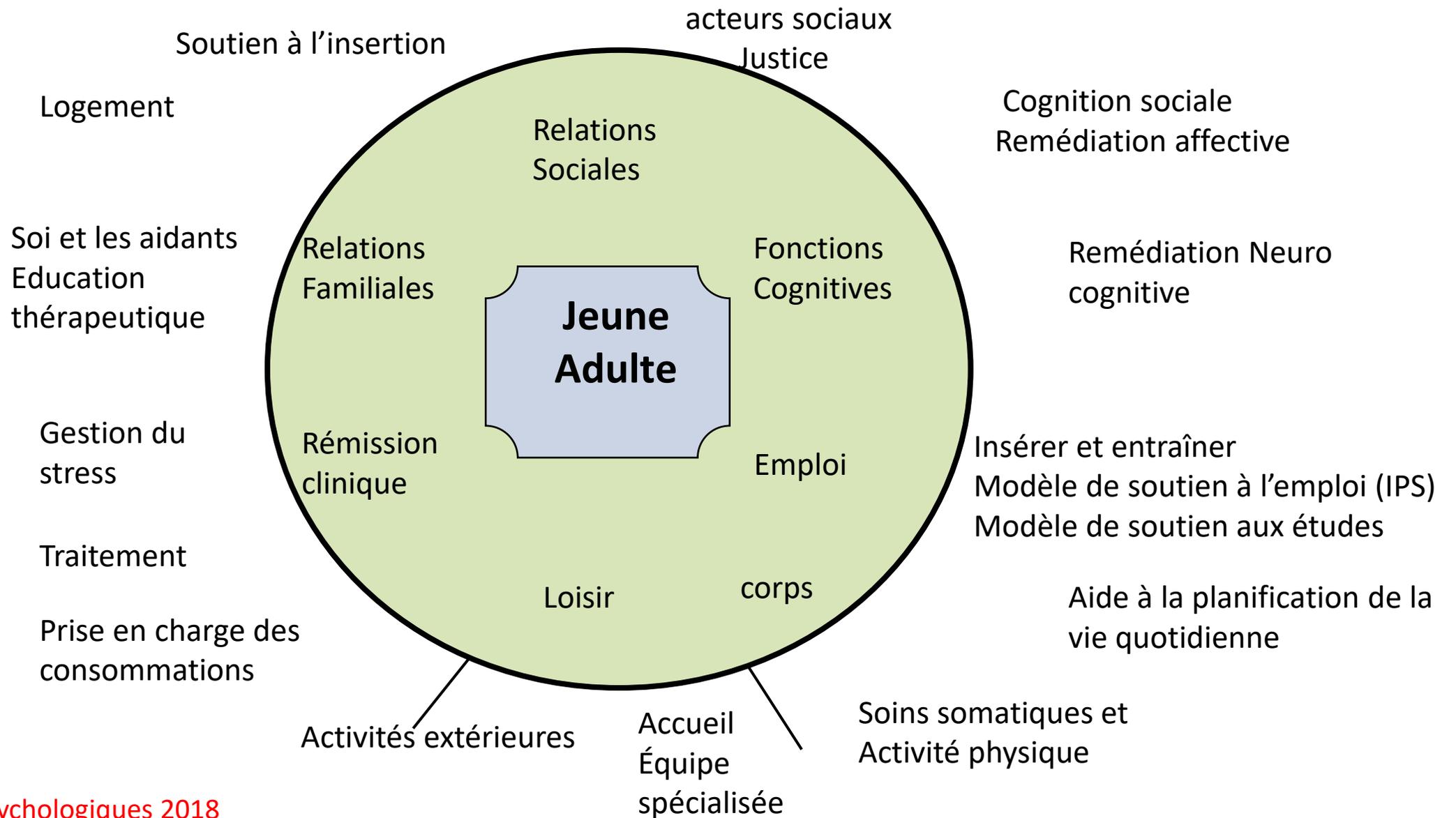
Comprendre puis
Réduire les biais de raisonnement
Qui altèrent les interactions



Le modèle tremplin vers l'insertion et le rétablissement



La roue des niveaux d'intervention



Etablir des liens avec nos Partenaires sociaux et médico-sociaux

- **Usagers:**

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

- **Partenaires sociaux**

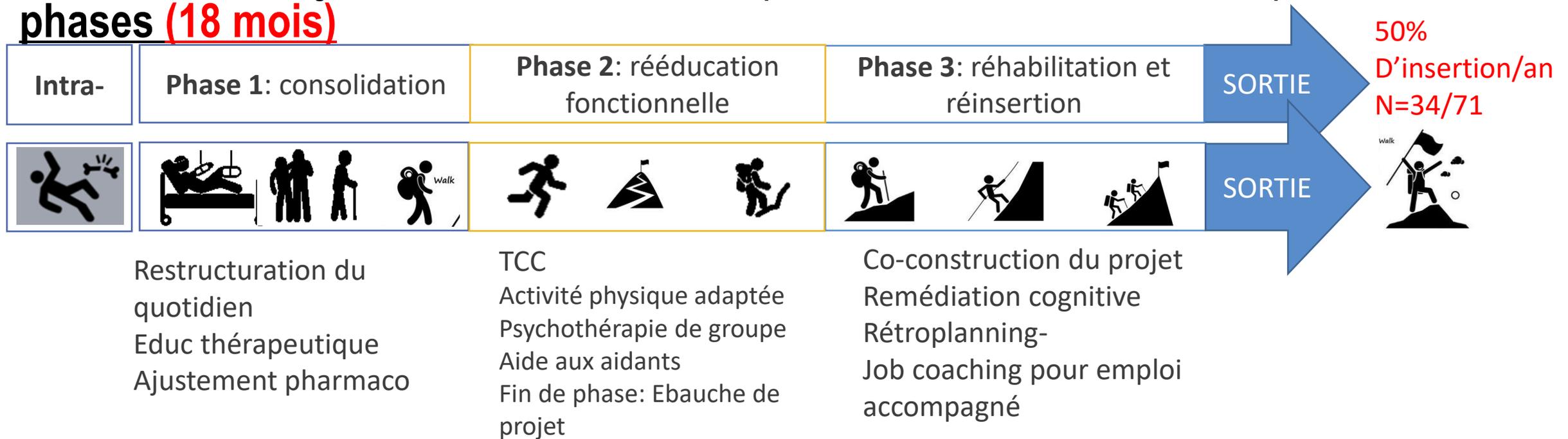
- avec Talents
- MDPH Paris

- **Médicosocial**

- 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
 - 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)
- Apte autisme (musique)

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

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 (79,4)	0,054

*Pearson Chi-square Test or independent sample t test

entretien narratif d'évaluation des interventions (ENEI) (n=52)

Morvan et al. 2019

3 classes de discours :

- effet sur le fonctionnement de la pensée (41% du discours)
- effet sur la concentration et la mémoire qui redonnent confiance en soi (30% du discours)
- effet sur les études et le travail (29% du discours)

Conclusion générale

- La France est le **pays leader au niveau international pour le déploiement à large échelle** de la RC et la RPS en santé mentale
- La RPS passe d'abord par **l'enseignement des équipes** afin qu'il puisse y avoir une expertise et une excellence dans les soins et les prises en charge
- 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, Grands blessés 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 - B. Rigaut-
-S.Cognon

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

Unité Accueil Jeune Adulte:
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



Pause

Reprise à 11h20



En route vers le rétablissement

Les deux plateformes du Val d'Oise

Plateforme P2R95

L'équipe d'Argenteuil

Plateforme RENOVO

Dr Fayek Soltani





En route vers le rétablissement

SE RÉTABLIR D'UN TROUBLE MENTAL

Le rétablissement est une attitude, une manière de prendre conscience au fil de la journée et d'affronter les défis qui se présentent à moi. [...] Savoir ce que je ne peux pas faire me permet de mieux voir les nombreuses possibilités qui s'offrent encore à moi.

Patricia Deegan, 1996





« A mon sens, le rétablissement apparaît quand la personne se connaît suffisamment pour savoir si elle va bien, un peu moins bien ou si elle va mal. C'est un rapport à soi et à la maladie, différent. C'est un mode de vie, un rapport à soi dans lequel on essaie constamment de déterminer ses limites[...], dans lequel les possibles ont été redéfinis en tenant compte de la maladie mais en l'ayant intégrée en soi comme paramètre de son existence ».

Agathe Martin



Le rétablissement n'est pas:

La guérison

La capacité à
vivre et travailler
« comme tout le
monde »

L'absence de
handicap

La stabilisation des
symptômes

Le rétablissement c'est:

Redonner du
sens à sa vie

Retrouver la
liberté d'agir

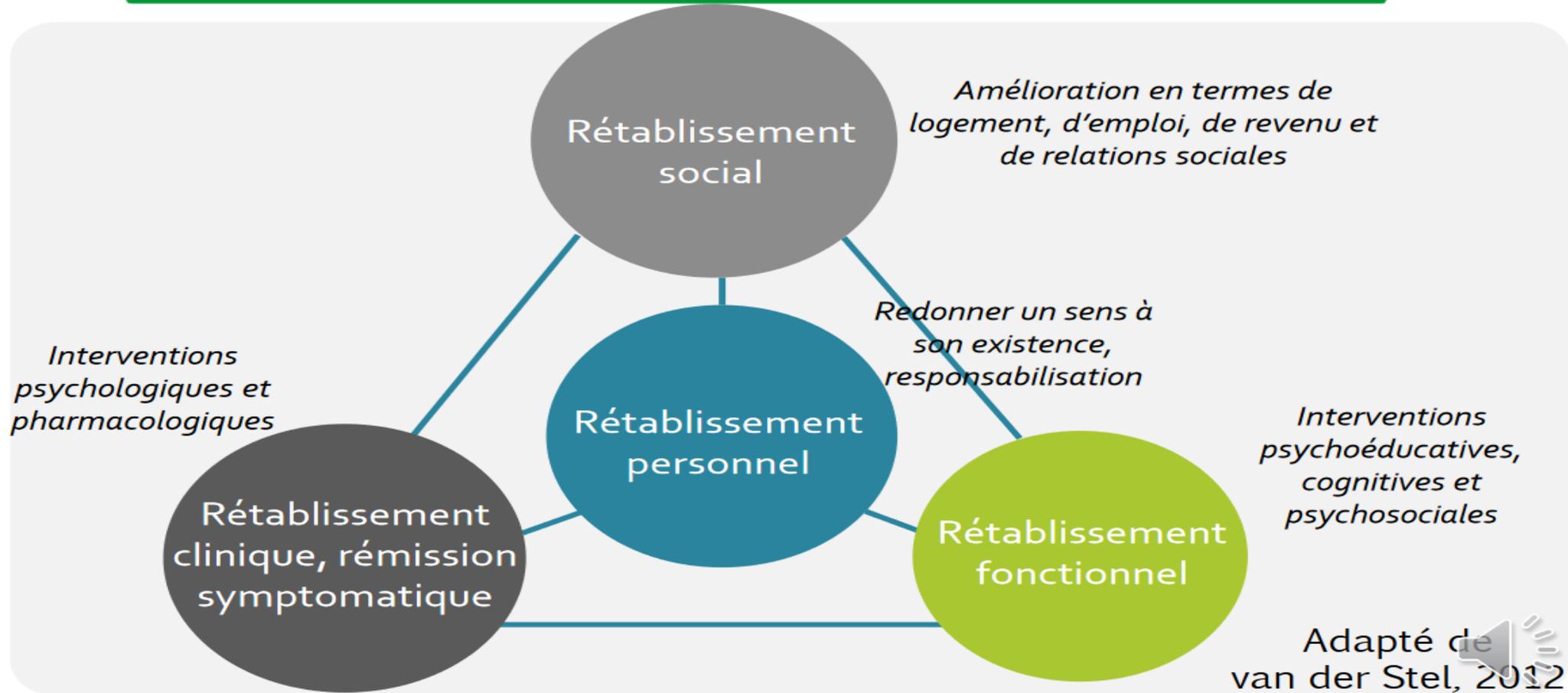
Restauration
Espoir

Amélioration
de la qualité
de vie

Amélioration
de l'estime de
soi



Dimensions du rétablissement



L'intervention du professionnel de santé en faveur du rétablissement c'est:

Permettre à la
personne de mieux
connaître ses
difficultés et ses
ressources

Permettre le
renforcement des
compétences
préservées

ESPOIR

Favoriser
l'autodétermination

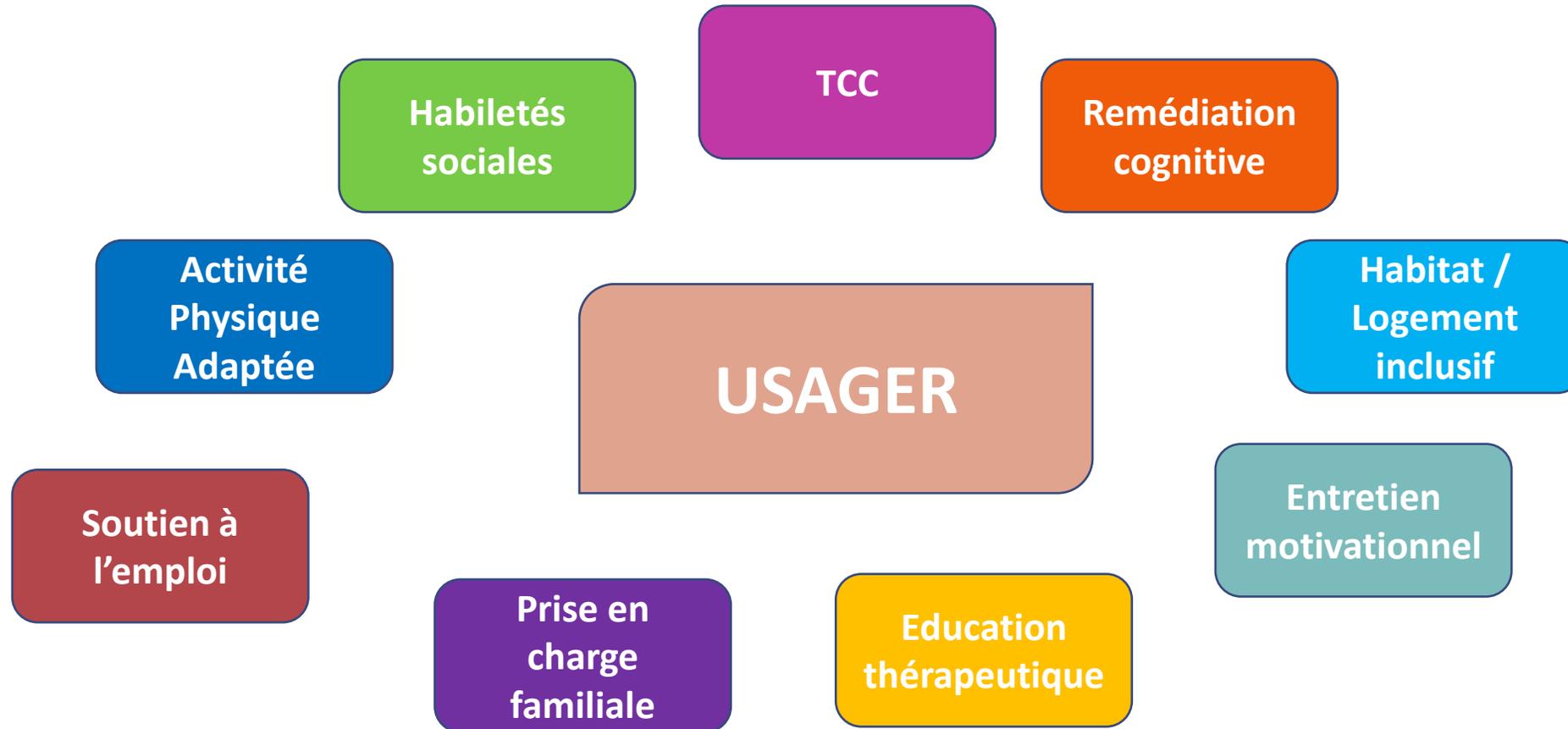
Permettre à la
personne de reprendre
la maîtrise de sa
trajectoire de vie

Favoriser la
reprise du pouvoir
d'agir=
Empowerment

Outils de la
réhabilitation
psychosociale



Outils de la réhabilitation psychosociale



BESOINS ET DEMANDES DE LA POPULATION

Top 5 des besoins prioritaires



78%
Travail
formation



71%
Fonctions
cognitives



69%
Gestion des
symptômes



50%
Relations
interpersonnelles



46%
Loisirs

Autres besoins prioritaires



39%
Gestion
administrative et
financière



38%
Logement /
quotidien



28%
Gestion de
la santé



23%
Gestion des
transports

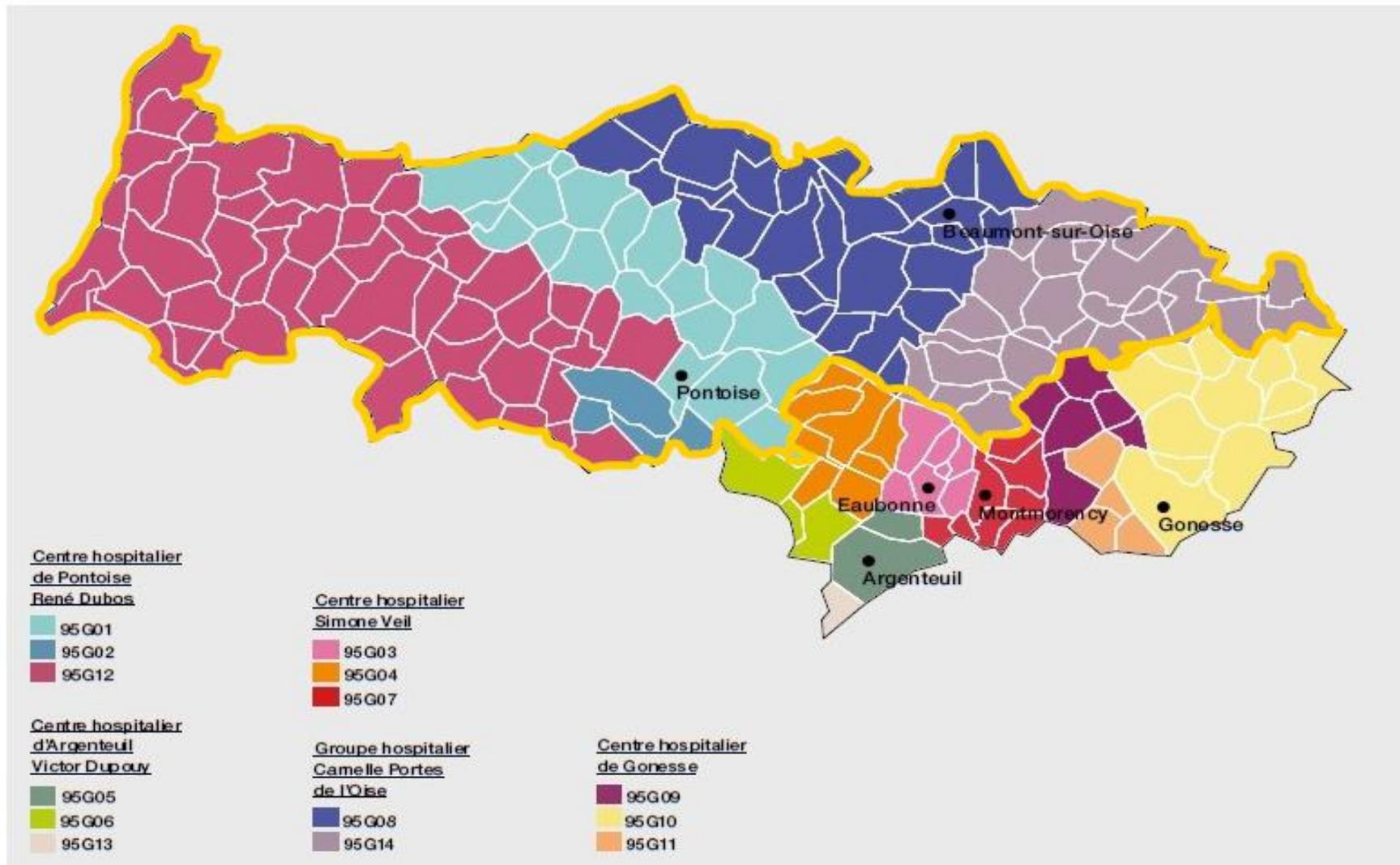


Développement des soins de Réhabilitation psychosociale sur les territoires

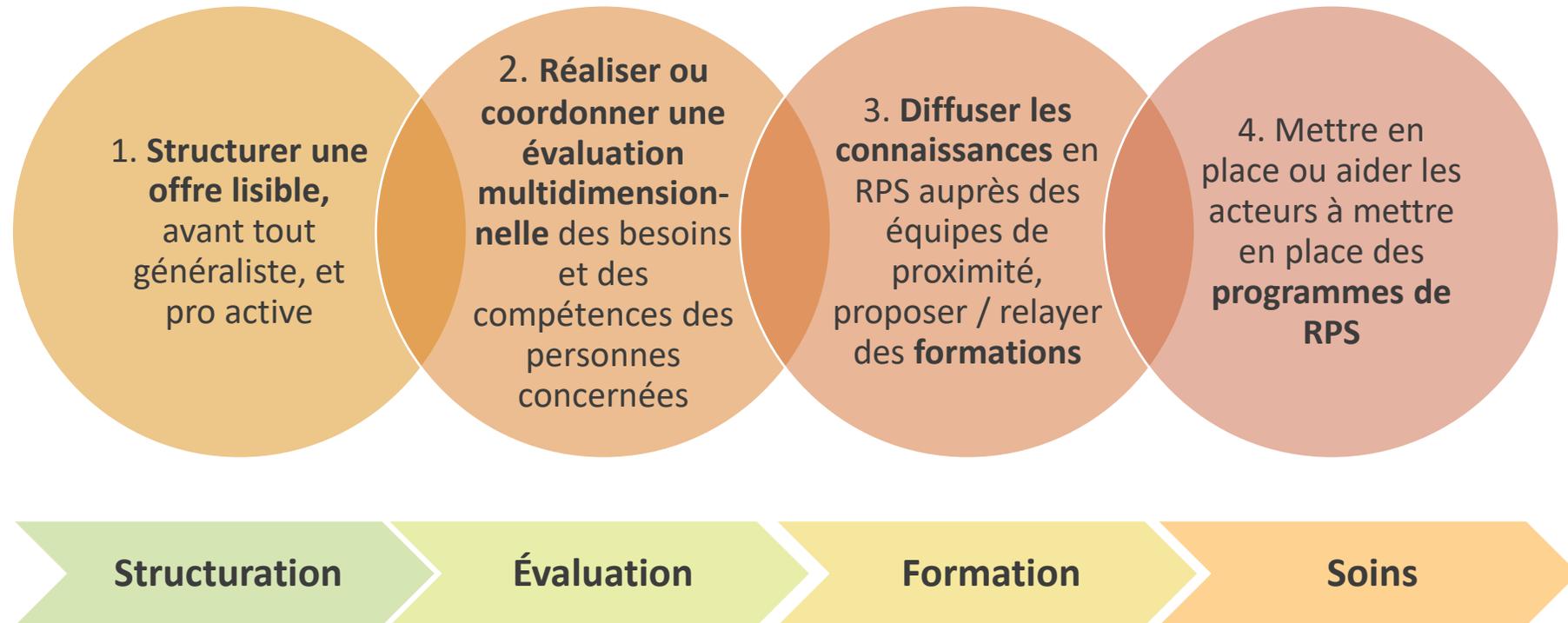
- Le Décret du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale des soins de RPS
L'Instruction du 16 janvier 2019 développe les soins de RPS sur les territoires dans le cadre du PTSM.
« Ma santé 2022 » élève la psychiatrie et la santé mentale au rang de priorité et fixe parmi les objectifs à atteindre le développement renforcé de la réhabilitation psychosociale.
- **8 plateformes** de premier niveau de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale en IDF
- Sur le territoire du Val d'Oise
2 plateformes pour le département
2019 CHA est le porteur de la plateforme P2R95, labellisée 2021
2021 LAD est le porteur de la plateforme du NO95



Un territoire de couverture très étendu



Missions confiées aux plateformes



Principes d'aller vers, de case management et d'intervention précoce





PLATEFORME P2R95

Plateforme territoriale de Réhabilitation psychosociale & de Remédiation cognitive du Sud Val d'Oise

*Locaux :Centre Hospitalier d'Argenteuil
Bât. Ferenczi 1er étage*

QUI CONTACTER ?

Médecin coordinateur : Dr SPINU
 Cadre : R. LAMDRY
 Coordinatrices médicales : A. KHELIFA - D. MARCHAND
 Secrétaire : V. JACQUET

Adresse : (Sst Ferenczi)
 69 rue du LCLP Prud'fon - 95100 Argenteuil
 Téléphone : 01 34 23 23 31
 Mail : p2r95@ch-argenteuil.fr

• Accès gare : Argenteuil ou val d'Argenteuil
 • Accès Bus : CHV, Dupouy (Rbus 6)
 Charcot (Rbus 4)
 Place F. Rabelais (Rbus 34)
 Les Meisiers (RATP ligne 104)
 Gandon-Tender (Rbus 9)
 Clément Ader (RATP ligne 272)
 • Accès voiture : A15 sortie Argenteuil par N111
 A86 depuis La Défense sortie n°3
 A86 depuis A 15 sortie n°4



P2R95
Plateforme territoriale de de RÉHABILITATION psychosociale
 &
de REMÉDIATION COGNITIVE du Sud Val D'Oise

Pôle de Psychiatrie et Santé Mentale
 Département de Psychiatrie Générale
 Chef de pôle : Dr C. LAMISSE
 Cadre supérieur : H. DOMISSE

FLYER

p2r95@ch-argenteuil.fr

POUR QUEL PUBLIC ?
 Personnes atteintes de troubles psychiques présentant des difficultés dans leurs interactions sociales et leur vie quotidienne en lien avec des troubles cognitifs.

NOTRE OBJECTIF
 Favoriser le rétablissement, la réinsertion socio-professionnelle et l'autonomie du patient.

NOS MOYENS

- Évaluation globale pluri-professionnelle
- Programmes d'éducation thérapeutique
- Programmes de remédiation cognitive de neuro cognition et de cognition sociale
- Groupe d'entraînement des compétences et des habiletés sociales
- Activité physique adaptée

Quel parcours de soins ?
 Chaque offre de soins est spécifique et personnalisée

- 01 Orientation confirmée par un psychiatre ou un médecin généraliste
- 02 Évaluation globale du patient : médicale, fonctionnelle, neuropsychologique
- 03 Restitution des résultats et préconisation d'un parcours de soins
- 04 Prise en charge personnalisée en réhabilitation

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE
EQUIPE PLURI-DISCIPLINAIRE :
 psychiatre, neuropsychologue, psychologue clinicien, ergothérapeute, infirmier, secrétaire médicale et éducateur sportif.



Indications pour la plateforme P2R95

- Usagers atteints de troubles psychiques
- Age minimum 16 ans
- Stabilisé sur le plan symptomatologique
- Traitement minimum efficace
- Connaissance du diagnostic (si possible)
- Plaintes cognitives ou reconnaissance de difficultés
- Souhaitant atteindre des objectifs au niveau gestion de la vie quotidienne, formation, travail, logement, loisirs, autonomie....

P2R95

Plateforme territoriale de Réhabilitation psychosociale et Remédiation cognitive du sud Val d'Oise



Fiche de demande de prise en charge

A compléter par le psychiatre, ou le cas échéant par le médecin traitant

Date de la demande :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Téléphone :
Mail :
Psychiatre traitant :

Adressé par :
Assistante sociale/CESF :

Anamnèse

Centre Hospitalier Victor Dupouy /Bât Ferenczi/P2R95
69 rue du LCL Prud'hon 95107 ARGENTEUIL Cedex
01.34.23.23.31
p2r95@ch-argenteuil.fr

Fiche d'indication

P2R95

Plateforme territoriale de Réhabilitation psychosociale et Remédiation cognitive du sud Val d'Oise

Diagnostic :

Traitement en cours

Préciser si bilans déjà effectués (Echelles cliniques, Bilan neuropsychologique, fonctionnel)

L'utilisateur a-t-il déjà bénéficié d'un programme de remédiation cognitive ou d'éducation thérapeutique ?
Si oui, lequel ?

Motif de la demande / Plaintes de l'utilisateur

Projet de l'utilisateur

Pièces à joindre : compte-rendu d'hospitalisation, ordonnances, bilans, lettre de motivation de l'utilisateur en fonction des possibilités

Centre Hospitalier Victor Dupouy /Bât Ferenczi/P2R95
69 rue du LCL Prud'hon 95107 ARGENTEUIL Cedex
01.34.23.23.31
p2r95@ch-argenteuil.fr

PARCOURS DE RÉHABILITATION SUR P2R95 POUR LES USAGERS

Evaluation personnalisée

Médicale / Fonctionnelle / Neuropsychologique / Psychologique



Préconisations / Restitution

Co- construction d'un projet personnalisé / Référent P2R95



Utilisation des outils de la réhabilitation

RC / Activité Physique Adaptée / Education thérap. / TCC / Hâbiletés sociales



Bilan post-programme



Orientation/ Accompagnement / Rétablissement

Evaluation personnalisée

Médicale / Fonctionnelle / Neuropsychologique / Psychologique

1) Entretien d'anamnèse par un infirmier (1 RDV)

2) Consultation médicale (1 RDV)

Symptomatologique, Thymique, Insight, Observance du traitement, Fonctionnement global

3) Evaluation fonctionnelle (2 RDV)

Echelles ELADEB et AERES

4) Bilan psychologique (1 RDV)

Estime de soi, Qualité de vie, Anxiété, etc.

5) Bilan neuropsychologique (2/3 RDV)

Neurocognition / Cognition sociale.

Préconisations/ Restitution

Co- construction d'un projet personnalisé / Référent P2R95

- RDV de Restitution des évaluations au patient + préconisations parcours
- Durée: 30min à 45min
- Personnes présentes à la restitution :
- le patient et un proche s'il le souhaite,
- deux personnes équipe P2R95 dont le référent
- un membre de l'équipe ayant adressé la personne

Utilisation des outils de la réhabilitation

RC / Activité Physique Adaptée / Education thérap. / TCC / Habilidadés sociales

Remédiation cognitive

- Neurocognition
CRT, RECOS, NEAR
- Cognition sociale
SCIT, RC2S, GAIA, TomRemed
- Métacognition
MCT

Activité Physique Adaptée

Education Thérapeutique

- Usager
*Programmes validés ARS
Schizophrénie, Bipolarité*
- Aidant
*BREF / Profamille
(schizophrénie)*

Thérapie Comportementale et Cognitive

Entretien motivationnel

Habilidadés sociales

- Groupes
*Affirmation de soi
Gestion émotionnelle*

Orientation/ Accompagnement / Rétablissement

Accompagnement par référent P2R95 / Case manager

Partenaire
secteur sanitaire

Partenaire social
médico-social

Partenaire
institutionnel

HDJ, soins
études,
autres

Emploi
Formation
(DEA,ESRP
ESPO, Mission
locale, E2C..)

Insertion
sociale, SAVS
SAMSAH,
Hébergement

MDPH,
CLSM
UNAFAM...

DIFFICULTÉS DE L'USAGER ET OUTILS DE LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

« J'ai des difficultés à suivre une conversation. »
« Je n'arrive pas à m'organiser .»
« Je ne retiens pas ce qu'on me dit.»



Troubles cognitifs

« Je ne comprends pas la réaction des autres .»
« Je n'arrive pas à échanger avec autrui, je ne sais pas quoi dire.»

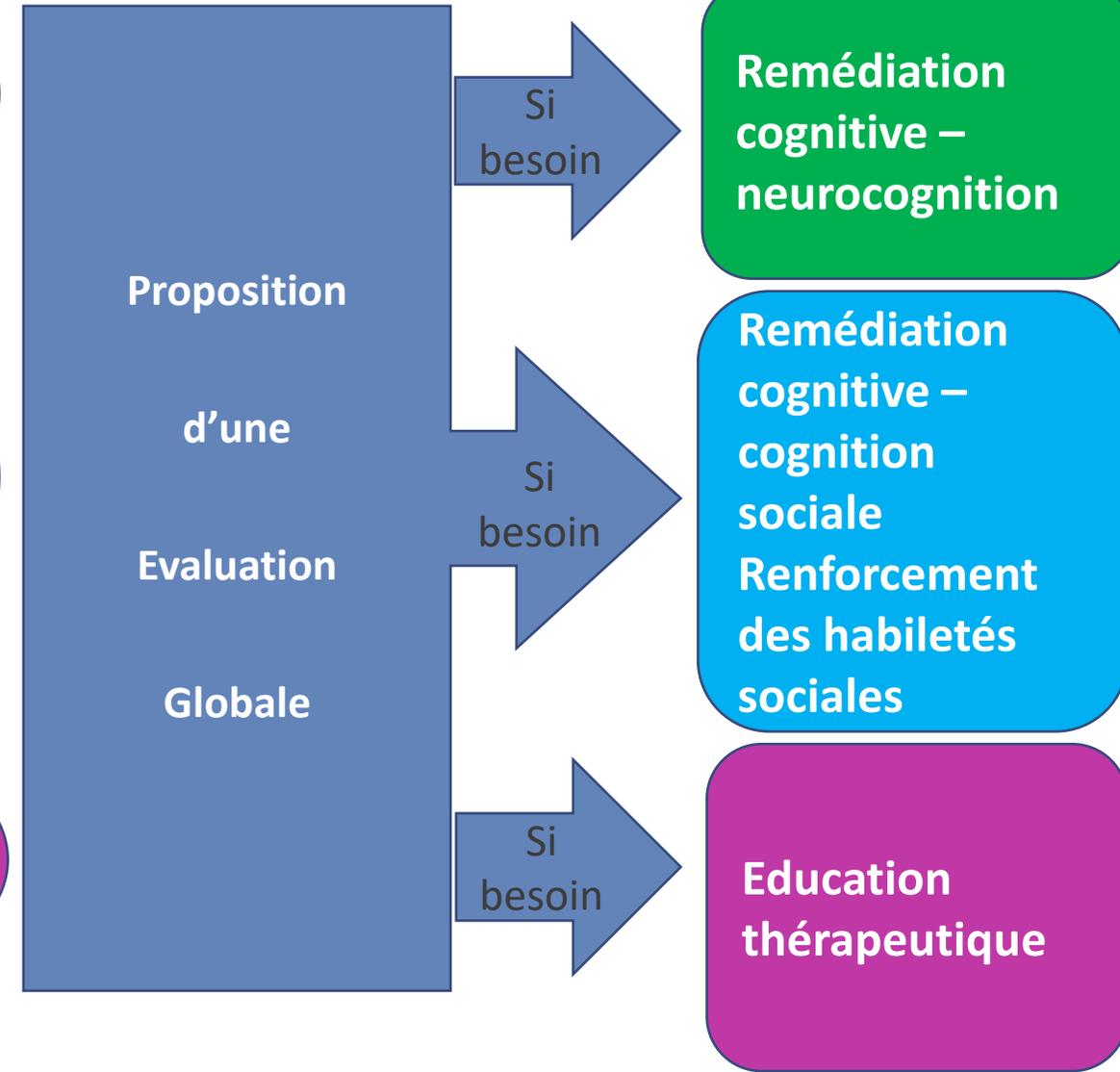


Isolement social

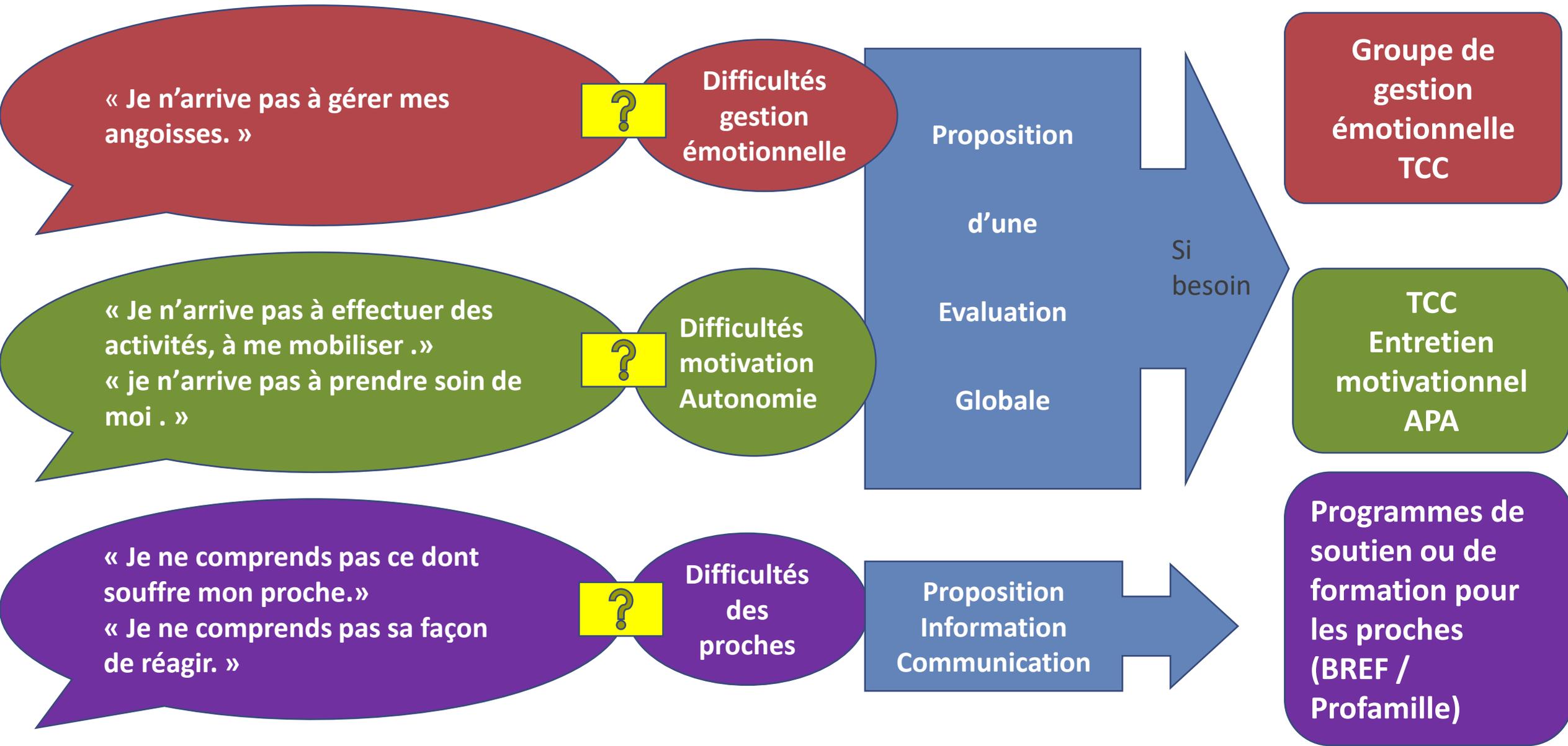
« Je ne comprends pas bien les symptômes de ma maladie. »
« J'ai l'impression d'être seul(e) face à ma maladie. »



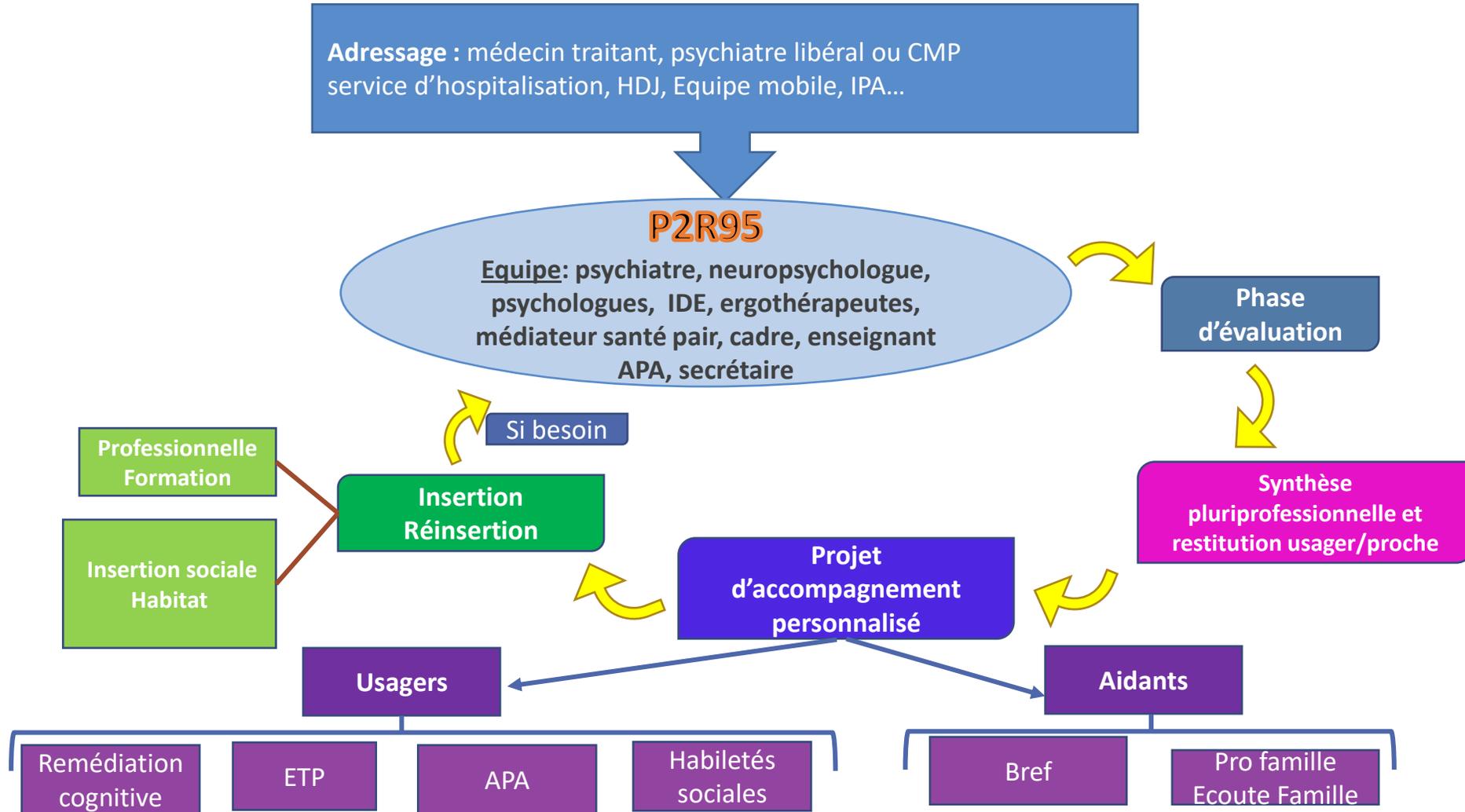
Troubles insight



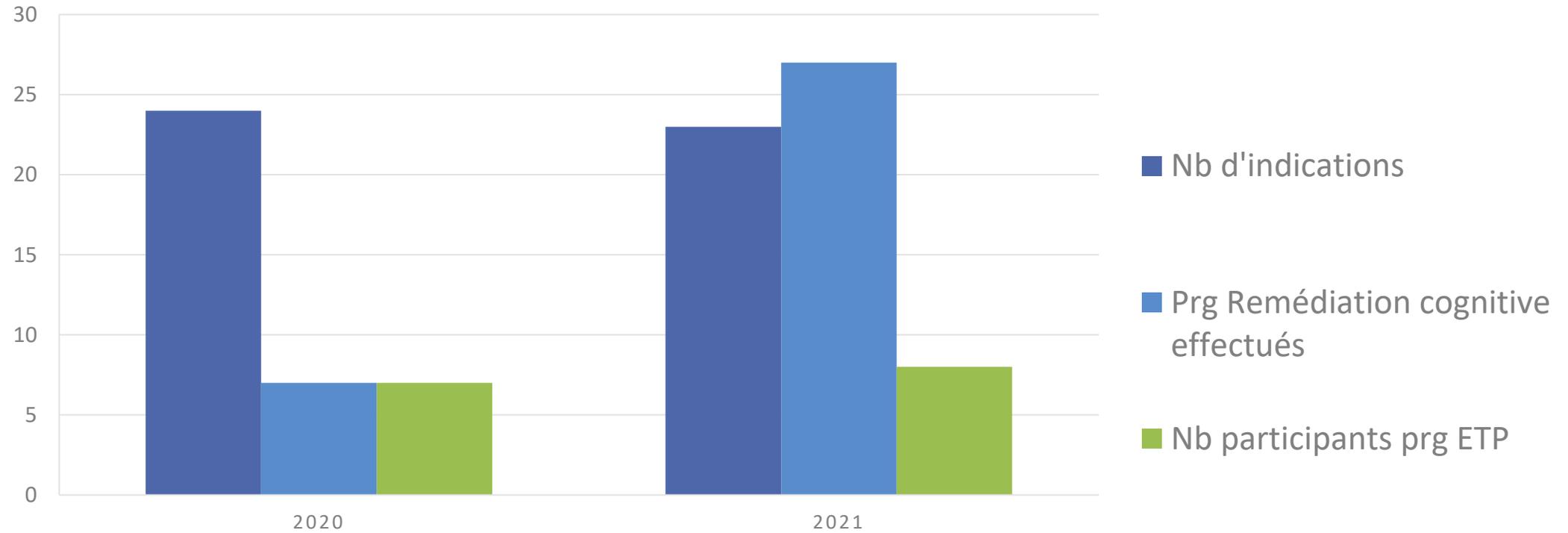
DIFFICULTÉS DE L'USAGER ET OUTILS DE LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE



« PARCOURS TYPE »



ACTIVITE P2R95



PERSPECTIVES P2R95

Améliorer
l'accompagnement des
usagers



Formation
initiation
Case-management

Evaluation et prise en charge
des adultes atteints de TSA



DIU Autisme

Améliorer
l'accompagnement vers le
logement /emploi



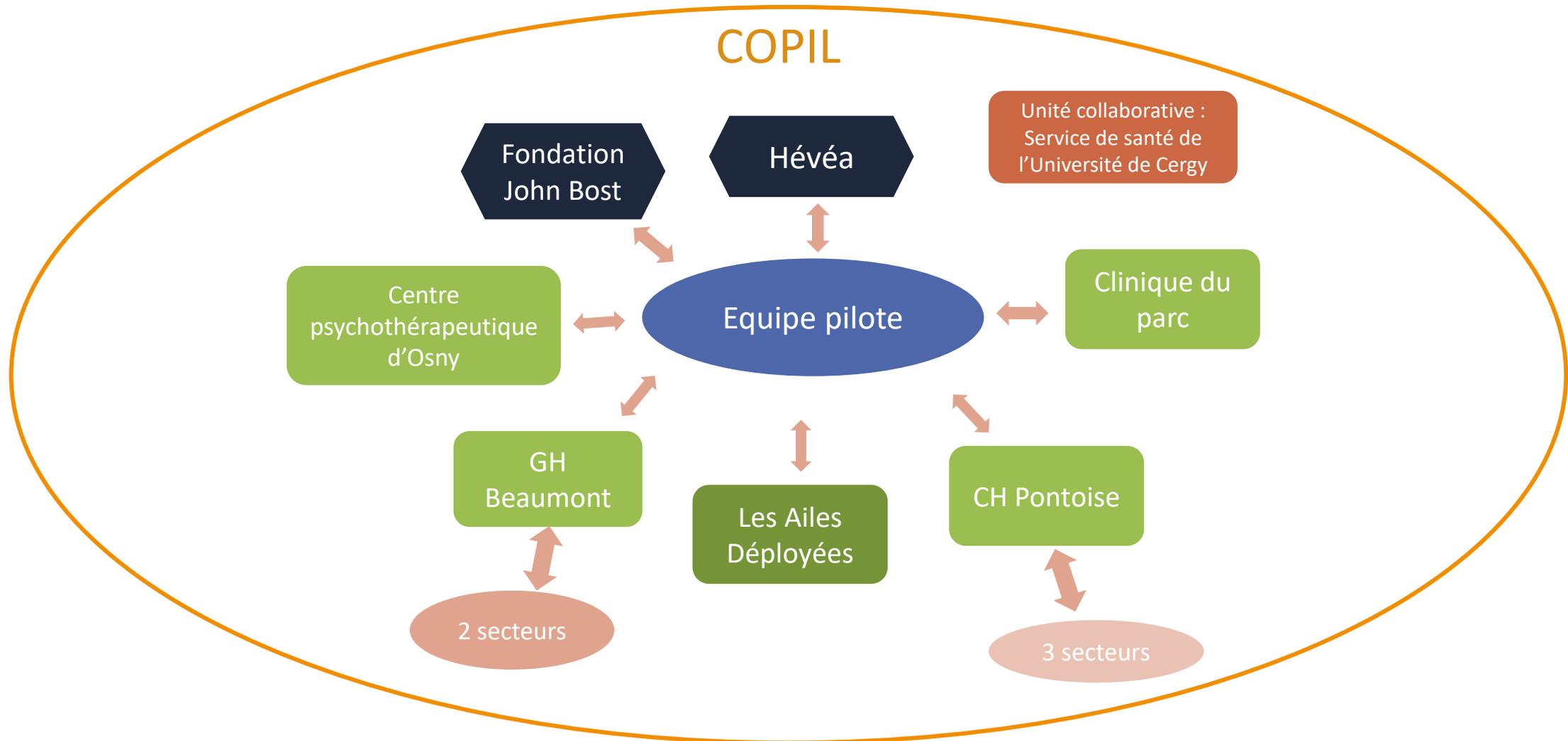
Développer des partenariats
Collaboration avec les
partenaires sociaux et
médico-sociaux

PLATEFORME RENOV0

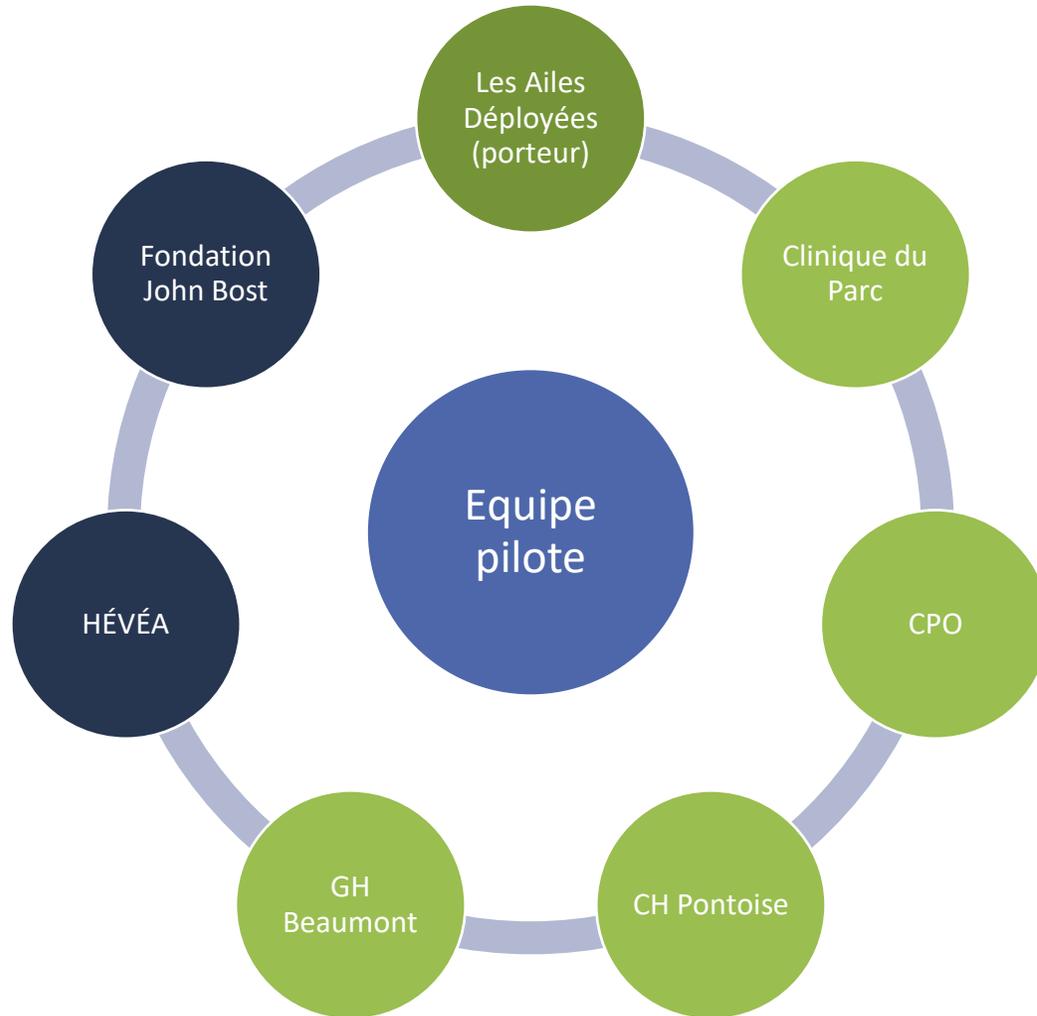
Docteur SOLTANI F., Médecin psychiatre



Les composantes de la plateforme



L'équipe pilote de la plateforme



Une équipe pilote formée par un représentant des 5 partenaires sanitaires et 2 partenaires médico-sociaux

- Réunion une fois par mois durant la phase de mise en place, puis a minima 4 fois par an
- Temps de concertation pris en charge dans le budget de la plateforme



Les instances de pilotage et de concertation



COPIL

- 5 partenaires sanitaires
- Partenaires médico-sociaux (Hévéa, Fondation John Bost)
- CLSM Cergy-Pontoise, Val Parisis, Haut Val d'Oise
- DAC Coordinov
- Service santé de l'Université de Cergy
- MDPH
- Représentant des usagers (UNAFAM et personnes concernées)

- Présidence LAD
- Minimum 2 fois par an sur convocation par LAD
- Définit les orientations stratégiques que l'équipe pilote met en œuvre (projet stratégique)



Comité des partenaires

- COPIL
- CPTS du territoire
- Autres DAC du territoire
- ESMS du territoire & Communauté 360
- Conseil départemental
- DD ARS 95
- Acteurs emploi & formation
- Bailleurs sociaux & acteurs du logement
- **Tout autre acteur de droit commun que le COPIL restreint jugera pertinent**

- Minimum 1 fois par an, sur décision du COPIL
- Enjeu de mobilisation des acteurs du territoire en vue de nouveaux partenariats, conventions ; de communication sur la plateforme



Comité de coordination RPS 95

- Avec la plateforme P2R95 portée par le CH Argenteuil Sud-Est)

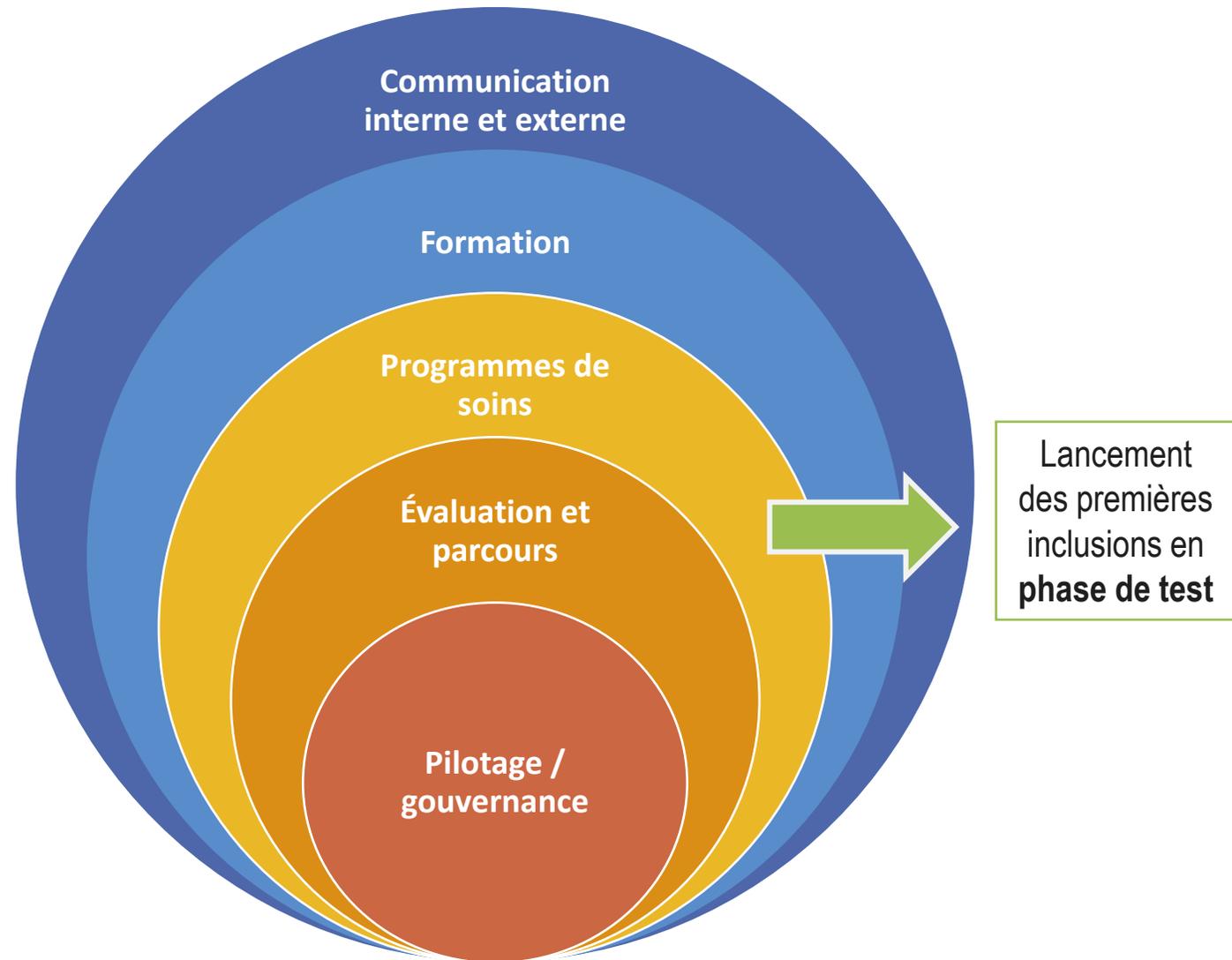
- 2 fois par an
- Veille à la cohérence, la complémentarité de l'offre, envisage les mutualisations pertinentes
- Réunit les partenaires communs au besoin



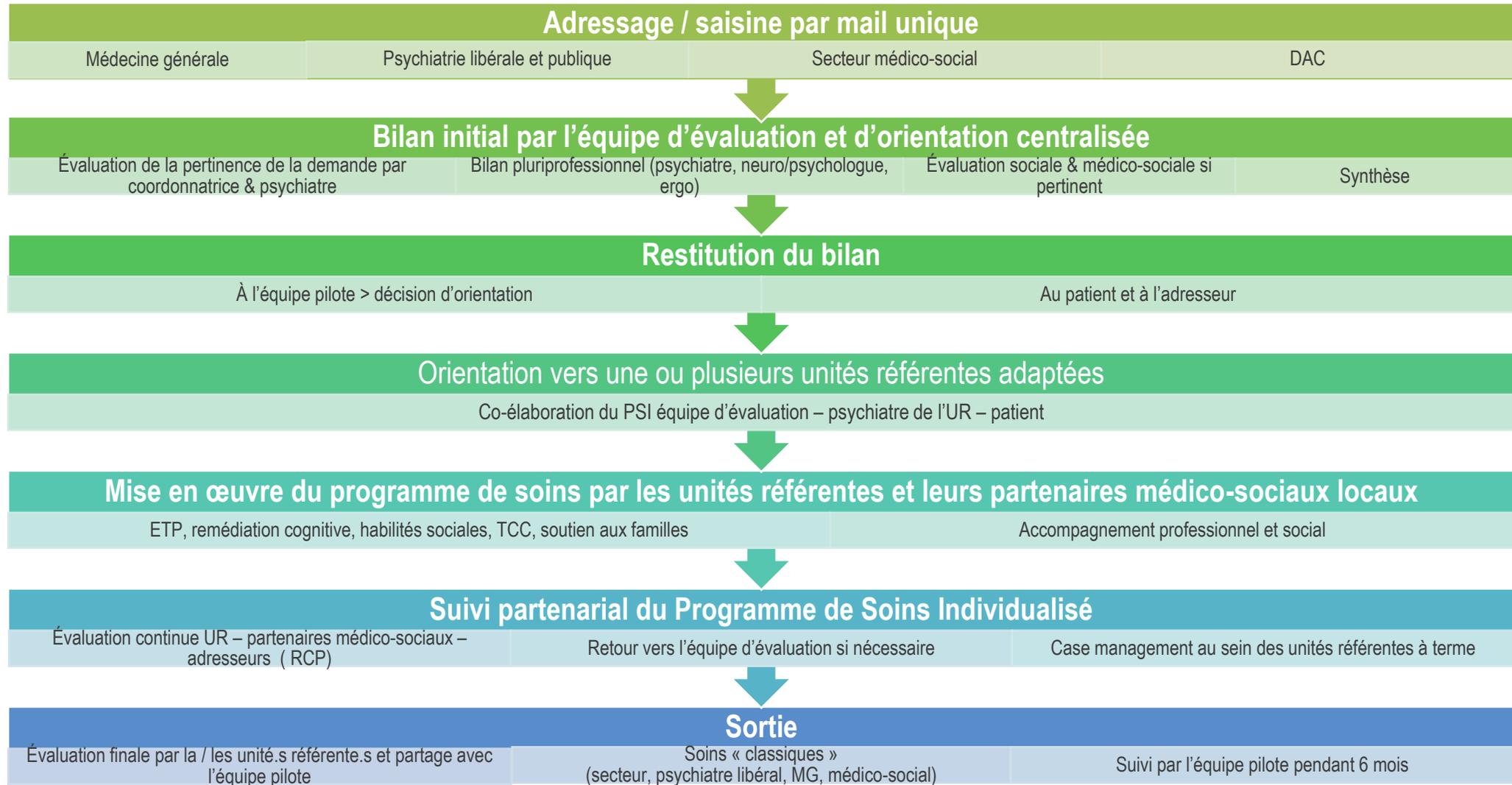
Un accompagnement pour le lancement de la mise en œuvre

Un accompagnement par la cabinet Acsantis à partir de mars, sur deux niveaux complémentaires, en lien permanent avec l'équipe pilote :

- **Organisationnel** : poursuite / affinement de la structuration de la plateforme (modalités de fonctionnement, recrutements, communication...)
- **Opérationnel** : lancements des premières inclusions en phase de test, analyse et ajustements



Le parcours-type dans la plateforme



Co-construire avec le patient / aidants

40-60 jours

6 À 18 mois



L'équipe d'appui à l'évaluation et à l'orientation

Composition pour la phase de test

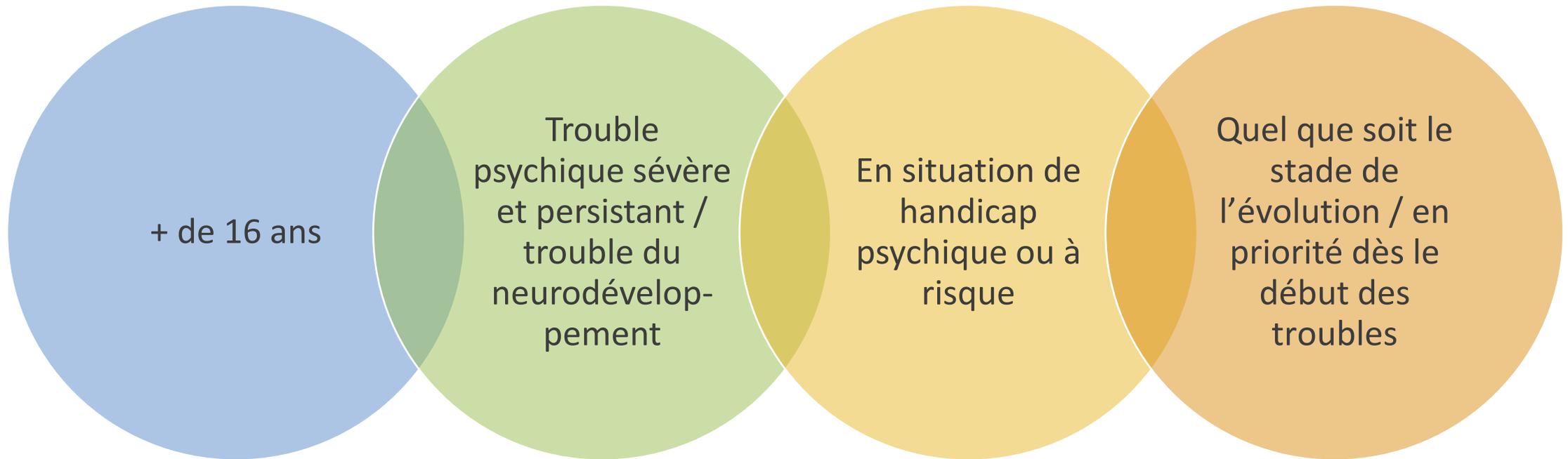
- Coordonnatrice : Sophie BORGI, mise à disposition par LAD
- Psychiatre : Dr Soltani, CH Pontoise
- Paramédicaux (neuropsychologue, psychologue, ergothérapeute, IDE) : mis à disposition par LAD → des **recrutements en cours** pour une stabilisation
- Réflexion sur l'intégration d'une assistante sociale

Modalités d'intervention

- Saisine par l'adresseur (professionnel) par mail via la coordonnatrice / secrétariat.
- Remplissage d'un formulaire-type de demande, pluridimensionnel
- Réalisation des évaluations au sein des locaux Maisons Hospitalières, le samedi matin ou en soirée. **À terme, modalités d'aller vers ou distancielles.**
- Synthèse de l'équipe évaluation pour réaliser le plan de soins en présence de l'équipe pilote, a minima dans un 1er temps pour orienter les soins en concertation.



Les conditions d'admission



Le séquençage du bilan initial

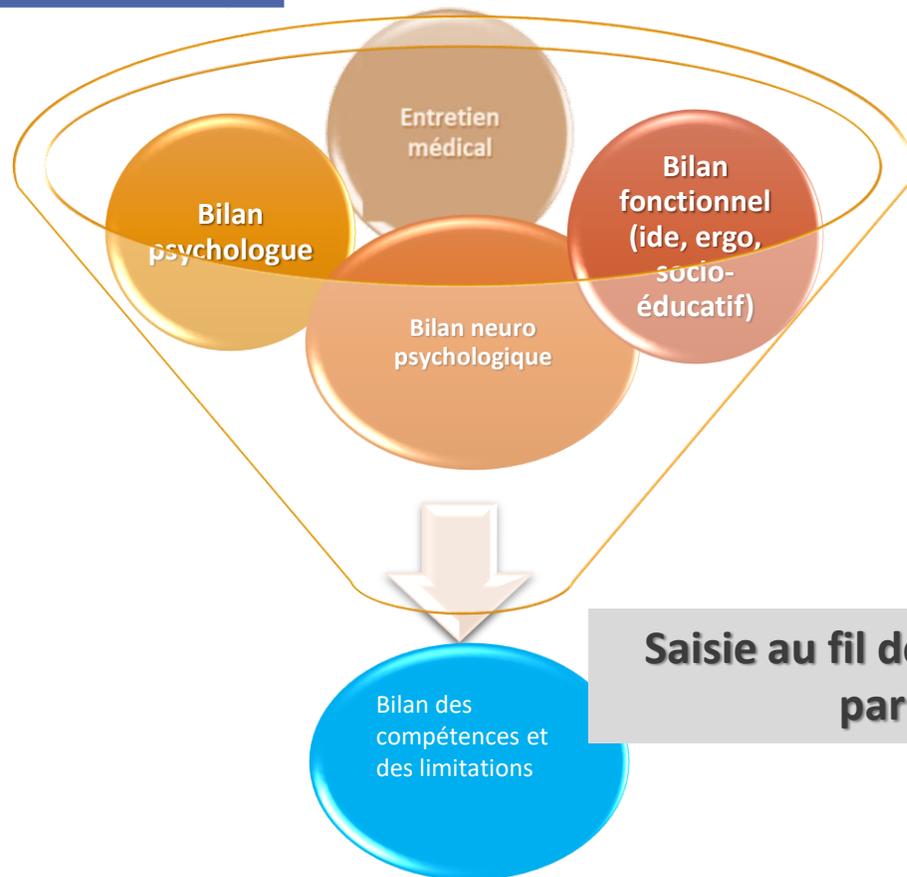
Étapes	Outils
PHASE D'ÉVALUATIONS par chaque professionnel – Semaines 1 et 2	
Entretien médical	<ul style="list-style-type: none"> Trame d'entretien clinique
Entretien neuropsychologique	<ul style="list-style-type: none"> Grille d'entretien et test neuro cognitif
Entretien psychologique	<ul style="list-style-type: none"> Grille d'entretien et test Possibilité entretien avec orientation diagnostique (A faire valider)
Réalisation du bilan fonctionnel par IDE & ergo <i>Évaluations paramédicales / fonctionnelles</i> <i>VAD le cas échéant</i>	<ul style="list-style-type: none"> Synthèse de l'échelle ELADEB et du bilan socio-éducatif Puis dans un second temps AERES dès acquisition Bilan éducatif partagé Bilan des compétences et des limitations (remplissage tout au long de la phase 1) Remplissage des colonnes « attentes du patient » dans le tableau d'élaboration du projet de soins
PHASE DE BILAN en équipe – Semaine 3	
Croisement du bilan des compétences et limitations et des attentes du patient	<ul style="list-style-type: none"> Finalisation du tableau d'élaboration du projet de soins
Élaboration des objectifs	
Élaboration des préconisations thérapeutiques	
PHASE DE SYNTHÈSE en équipe et avec le patient – Semaine 4	
Réunion de synthèse (avec équipe pilote)	<ul style="list-style-type: none"> Partage du tableau d'élaboration du projet de soins Validation des programmes et des orientations vers les unités référentes
Formalisation par la coordonnatrice/ secrétaire du projet de soin	<ul style="list-style-type: none"> Synthèse du projet de soins
Synthèse équipe d'évaluation et patient	<ul style="list-style-type: none"> Validation définitive du PSI et partage des objectifs personnels, des programmes de soins de RPS et orientation vers le(s) UR

Co-construire avec le patient /aidants



Les outils du bilan initial

Sur 2 MOIS



**BILAN DES COMPETENCES ET LIMITATIONS
OBJECTIVEES LORS DES EVALUATIONS PLURIDISCIPLINAIRES**

Nom : Date :

- CONCLUSIONS DU BILAN SOCIAL :
- CONCLUSIONS DU DIAGNOSTIC EDUCATIF :
- CONCLUSIONS DU BILAN PSYCHOLOGIQUE :
- CONCLUSIONS DU BILAN ERGOTHERAPEUTIQUE :
- CONCLUSIONS DU BILAN COGNITIF :
- CONCLUSIONS DE L'AUTOEVALUATION DES RESSOURCES ET DES BESOINS :

PROJET DE SOIN						
Domaine	Sous-domaine	Objectif à atteindre (Evolution souhaitée patient)	Priorité (Patient)	Origine de la limitation (Bilan Evaluation)	Objectifs de prise en charge (Bilan Evaluation)	Moyen thérapeutique proposé (synthèse pluridisciplinaire)
LOGEMENT ET AUTONOMIE	Lieu de vie					
	Entretien du lieu de vie					
	Gestion financière					
	Gestion administrative					
SANTÉ PSYCHIQUE ET SOMATIQUE	Déplacements					
	Santé somatique					
	Hygiène de vie					
	Activités & loisirs					
LIENS SOCIAUX	santé psychique					
	Fonctionnement cognitif					
	Relations amicales					
PROJET PROFESSIONNEL	Relations sentimentales					
	Relations familiales					
	Formation					
	Emploi					



Les soins en unités référentes

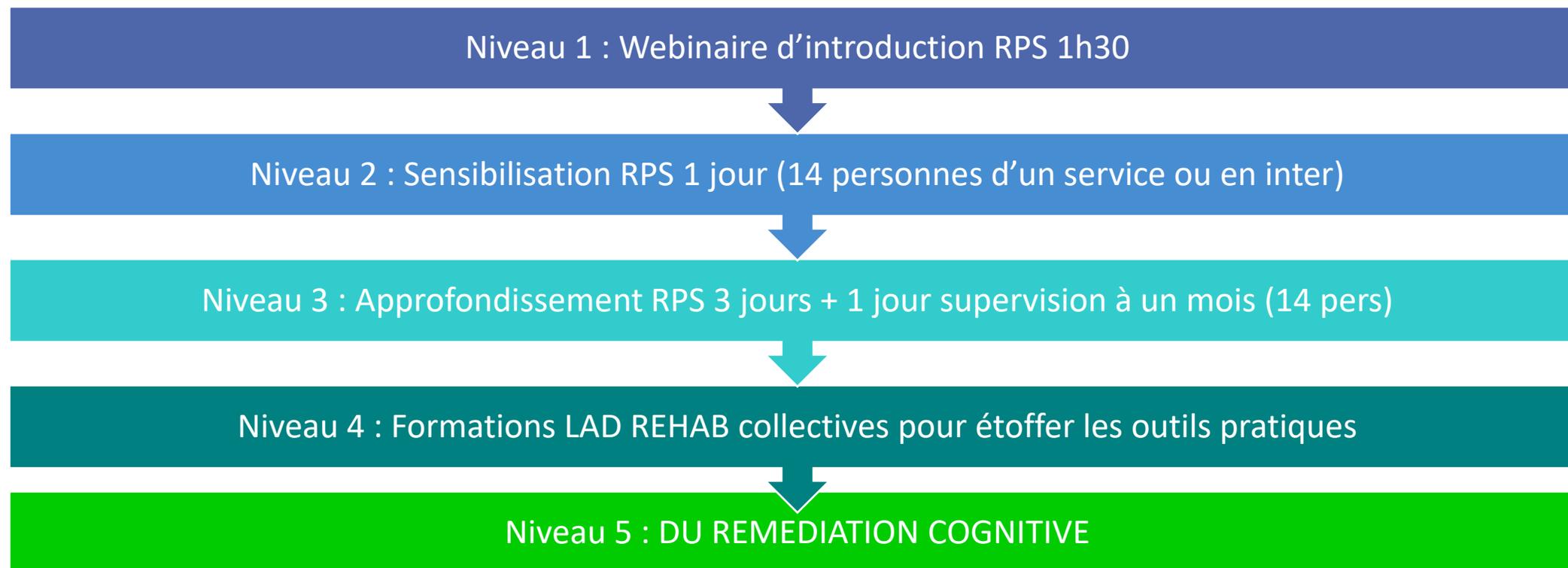
- Le patient est pris en charge par l'unité référente
- L'unité référente transmet des éléments de suivi du patient a la plateforme
- Partages dans le cadre du suivi des données d'activité
- Suivi sur 6 mois du patient par la plateforme après sa sortie



La formation des composantes de la plateforme

Objectifs : susciter l'intérêt pour la RPS puis organiser la montée en compétence globale sur site

L'exemple de Beaumont-sur-Oise : Webinaire d'intro RPS le 21 octobre et formation niveau 2 sur 3x1j (42 personnes formées) le 14-15-16 décembre, niveau 3 à organiser en fonction de la motivation des services



La formation des composantes de la plateforme

La formation réhab au sein de LAD depuis 1 an → Budget : 85% collectives 15% individuelles pour les salariés LAD

Entre nov. 21 et oct. 22 : 16 formations REHAB réalisées (44 journées) et 2-3 DU spécialisés à venir. 294 places dont 26 pour RENOVO (9%). 10 webinaires

- TCC (ACT, schémas, aff de soi, TCCp, gestion du stress, mindfulness)
- Remédiation : TomRemed; des Concepts (Pair-aidance, rétablissement, case management, approche narrative)
- ETP 40h, entretien motivationnel, BREF

Pour cette année : budget renouvelé pour 3 ans : 85% collectives 15% individuelles

Entre nov. 22 et oct. 23 : maintien du nombre de formations collectives REHAB LAD. Ouvrir davantage à la plateforme RENOVO : 15% = 45 places annuelles et 10 webinaires

- TCC (ACT, aff de soi, TCD, TCCSE, mindfulness, Accept Voices, biofeedback) Remédiation (NEAR)
- Concepts (Pair-aidance, case management, psychologie positive)
- ETP 40h, entretien motivationnel, BREF et LEO



Les outils de la plateforme - mis en place ou en cours

Charte
partenariale

Finalisée

Registre de recueil
de l'activité

Finalisé

Outil numérique
de coordination

En cours

Plaquette de
communication

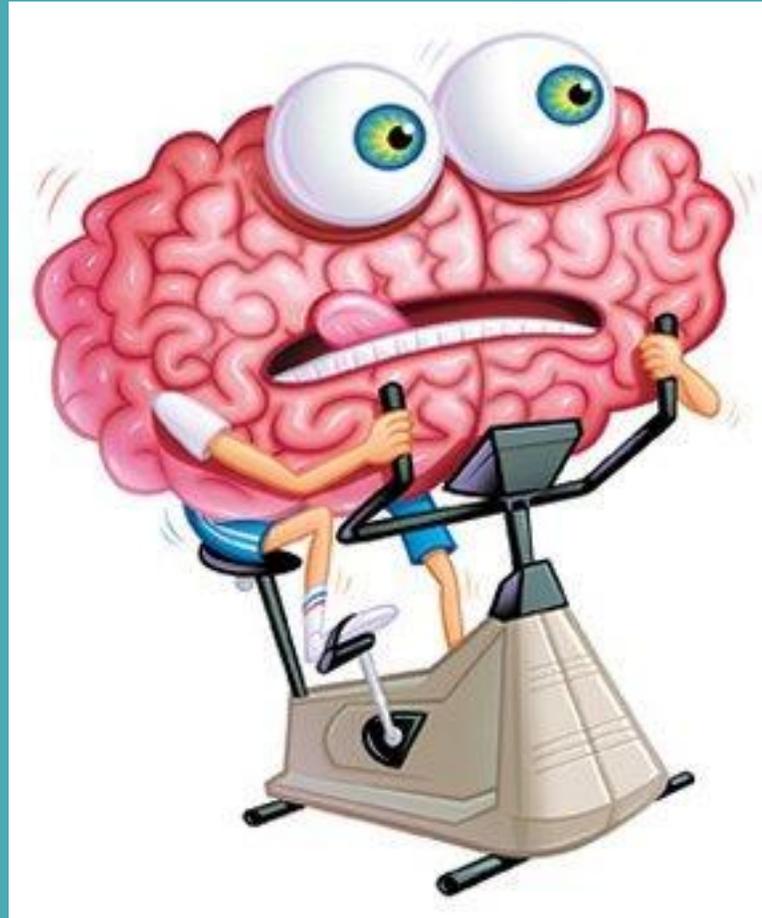
Finalisée

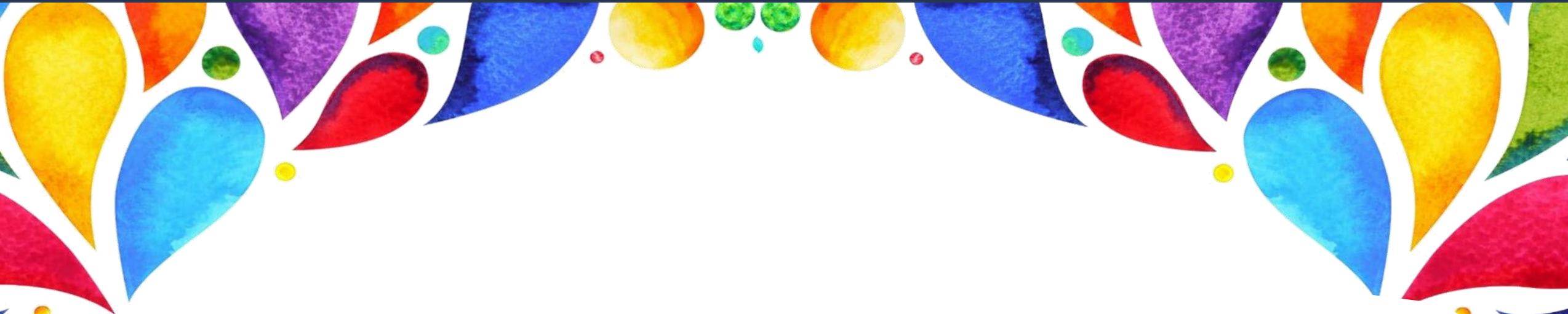
Plans de
formation 2023

En cours



• **MERCI DE VOTRE ATTENTION**





En route vers le rétablissement



Regard croisé avec des patients et des médiateurs santé pairs

Présentation des différents parcours

12h00 - 12h45

M. MOYO, M. MICEWICZ et Katia

M. BAH



Présentation de la fonction de médiateur de santé pair

M. Saïd BAH

Département de psychiatrie adulte
Centre Hospitalier D'Argenteuil



QUI SUIS-JE ?

- J'ai eu jusqu'à mes 19 ans un parcours de vie assez normal. J'ai fait ma première décompensation en 2001 et depuis lors, mon parcours de soin n'a pas été interrompu. J'ai fait plusieurs rechutes, mon traitement a été modifié à plusieurs reprises. Aujourd'hui je me sens bien, j'ai pris suffisamment de recul par rapport à ma pathologie. Je suis rétabli et je me sers de mon vécu dans ma nouvelle profession.



MSP : PRESENTATION GENERALE

- Définition : Un MSP dans le cadre de la santé mentale, est un **patient rétabli ou en cours de rétablissement**, issu de la psychiatrie. Il se servira de son parcours de soin et de ses **savoirs expérientiels**, pour accompagner et soutenir des patients. Il apporte également un regard nouveau sur ces derniers, à l'équipe qu'il intègre, du fait de sa singularité.
- Cursus d'études : Parallèlement à mon poste de MSP au sein du Centre Hospitalier d'Argenteuil, j'ai suivi des cours à l'Université Paris 13 de Bobigny. J'ai obtenu une Licence SSS (Sciences Sanitaires et Sociales) MSP. C'est une formation de 8 semaines à raison d'une semaine de cours par mois entre septembre 2019 et avril 2020. Il s'agit d'une **Licence Professionnelle de 3^{ème} année**.



MES ROLES DE MSP AU CHA

En tant que MSP, je suis amené à travailler avec plusieurs équipes au sein du Centre Hospitalier d'Argenteuil. Notamment sur :

- HIAD (Hospitalisation Intensive A Domicile)

VAD

Entretien Familiaux

Réunions Cliniques

- Suivis individuels post hospitalisation
- Réunions soignants-soignés en intra-hospitalier
- Participation aux réunions et mise en place du PSP (Parcours de Soins Personnalisé)



MES ROLES DE MSP AU CHA (suite)

- ETP : Education Thérapeutique du Patient

➤ Animateur des programmes ETP Schizophrénie et Bipolarité
Sensibiliser/Informer les patients participants sur leurs troubles

Objectifs:

- ❖ Mieux appréhender et mieux gérer leur pathologie
- ❖ Partage d'expériences de la maladie et du rétablissement (redonner ESPOIR en le rétablissement)

Participation à l'élaboration du programme ETP sur les troubles bipolaires

➤ Participation à l'élaboration du programme ETP sur les troubles bipolaires



Mes nouvelles missions

- Directives anticipées incitatives en psychiatrie:

Préparer d'éventuelles ré hospitalisations selon les souhaits du patient dans une période de stabilité

J'apprends à mieux me connaître et je reprends confiance

Un Médiateur Santé Pair pourra comprendre ce que je ressens car il l'a vécu

C'est un outil pour mes proches, ils me comprennent et savent comment m'aider

Avec les DA(i)P, je m'exprime et j'anticipe

ALLIANCE
avec les proches et soignants

Prévention
Savoir comment réagir

Mes souhaits
AUTONOMIE

Droit

Les DA(i)P c'est quoi ?

DAP directives anticipées en psychiatrie

UN DOCUMENT
Pour les personnes vivant avec un trouble psychique

POUR CHOISIR ET PLANIFIER
exprimer à l'avance mes souhaits concernant ma santé mentale

maintenir mon bien-être

APPRENDRE À MIEUX ME CONNAÎTRE
ANTICIPER GRÂCE À UN PLAN

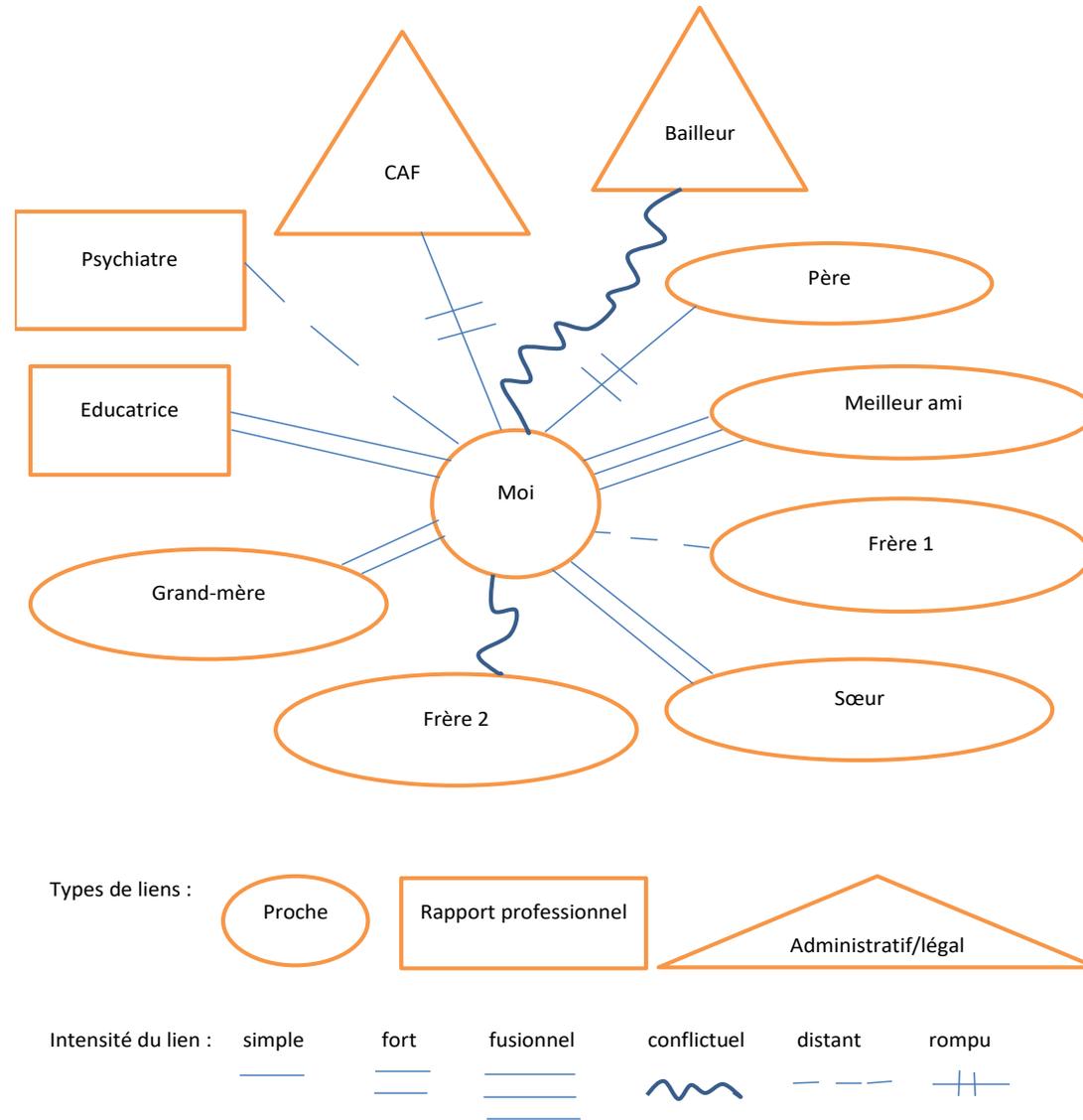
A rédiger quand ça va bien...



Mes outils

- Carte Réseau

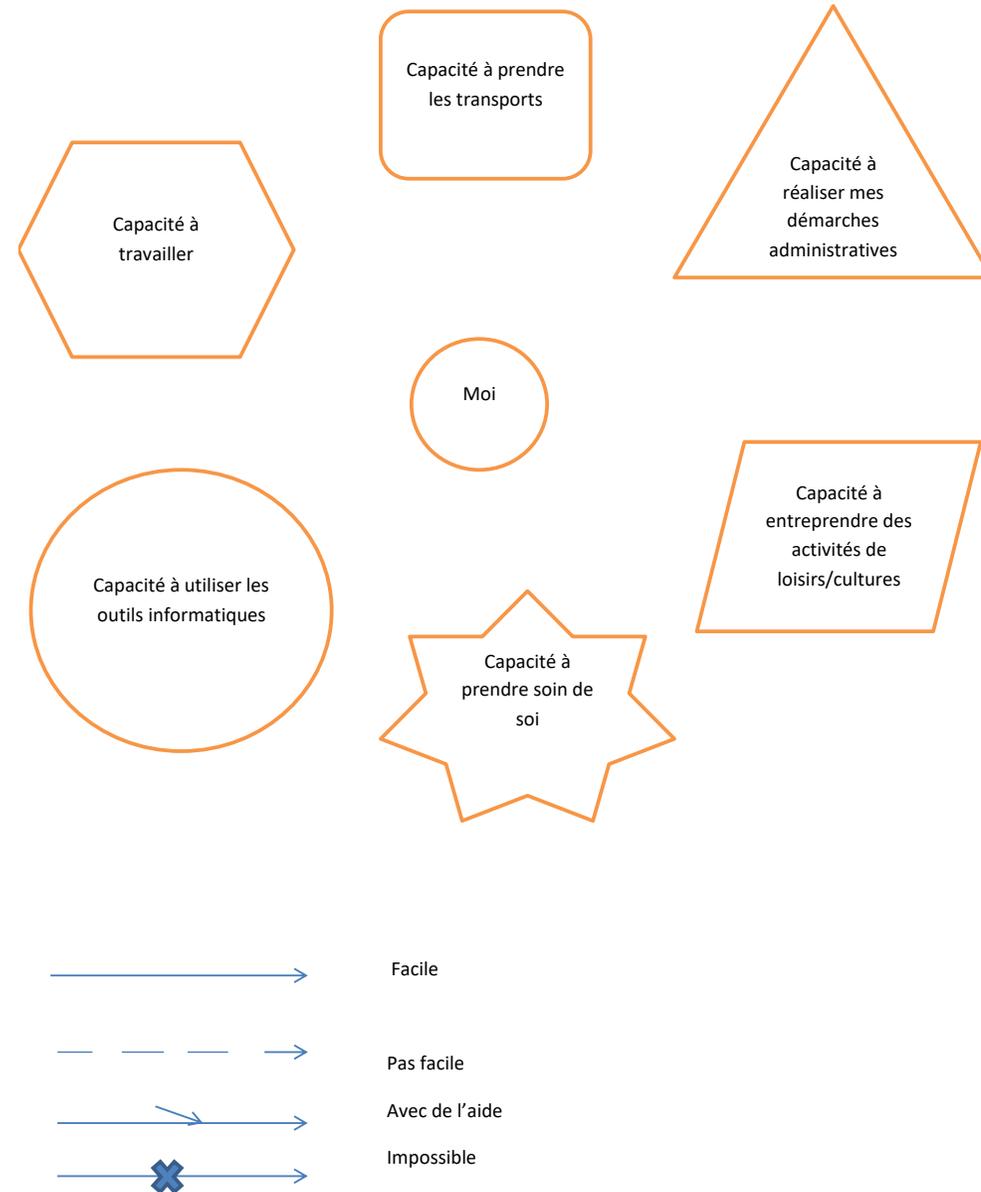
visualiser
l'environnement
personnel
socio-professionnel
de l'utilisateur



Mes outils

- Carte Ressources

visualiser
capacités/ressources
de l'utilisateur

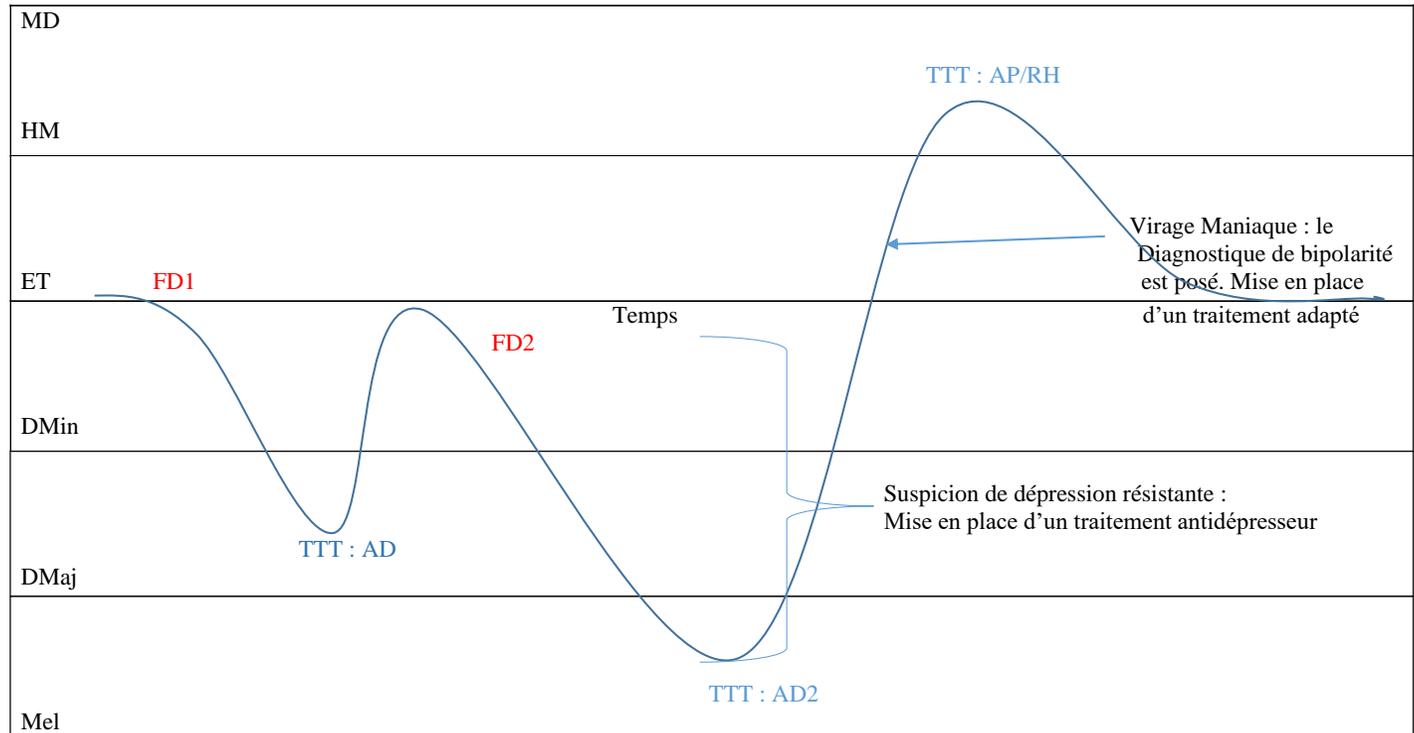


Mes outils

- Life Chart : Bipolarité

Visualiser
Évolution
Maladie
Bipolaire

Projet « life-chart » bipolarité



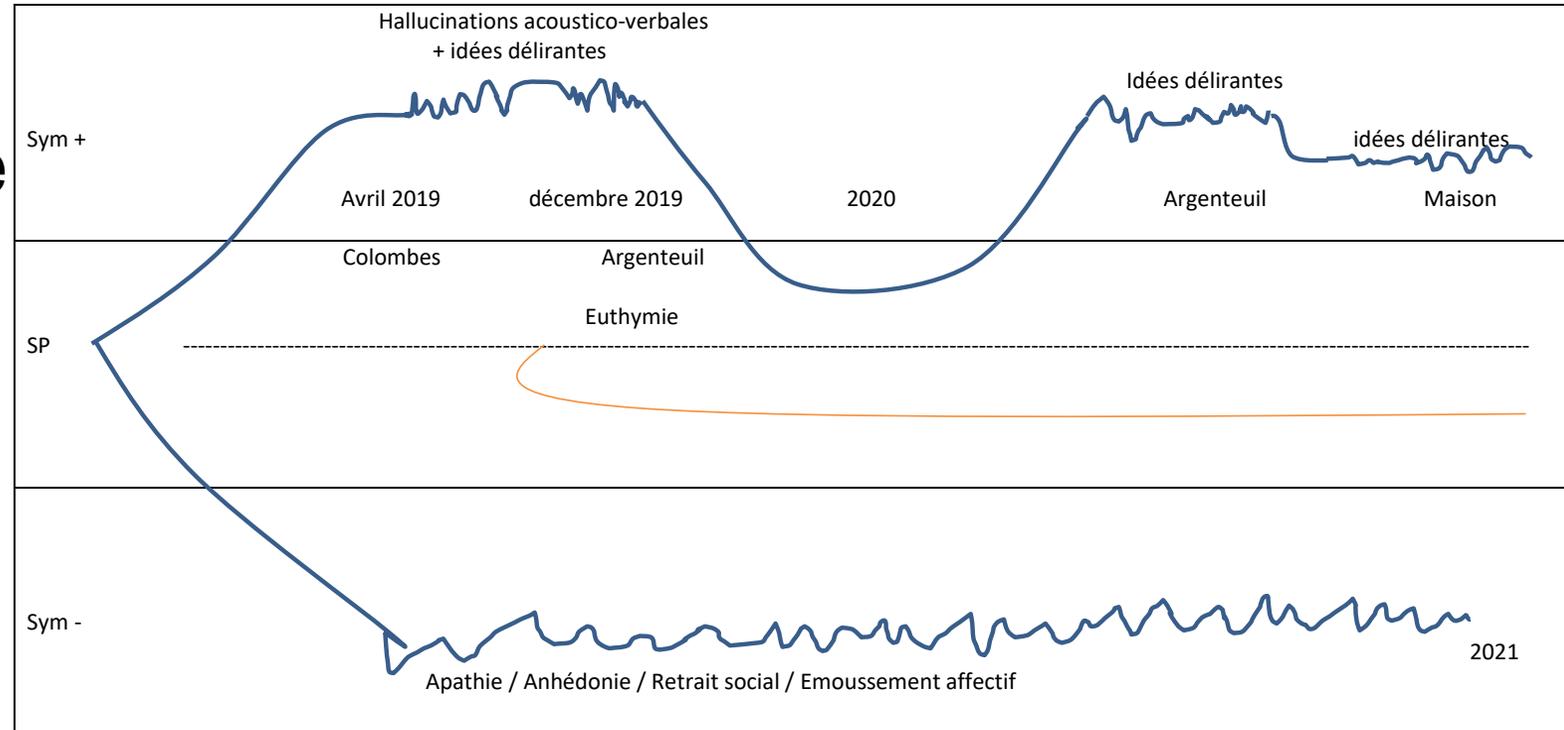
MD : Manie Délirante / HM : Hypomanie / ET : Euthymie / DMin : Dépression Mineur / DMaj : Dépression Majeure / Mel : Mélancolie

FD : Facteur déclencheur / TTT : Traitement / AD : Antidépresseur / AP : Antipsychotique / RH : Régulateur de l'Humeur



Mes outils

- Life Chart : Schizophrénie



Sym + : Symptômes positifs/productifs

SP : Stabilité Psychique

Sym - : Symptômes négatifs/déficitaires



MERCI POUR VOTRE ATTENTION



Déjeuner

2 foodtrucks vous attendent à gauche de la salle

VEX'IN TRUCK



et

C'LIBANAIS

Et stands

57 stands avec les partenaires des parcours de réhabilitation

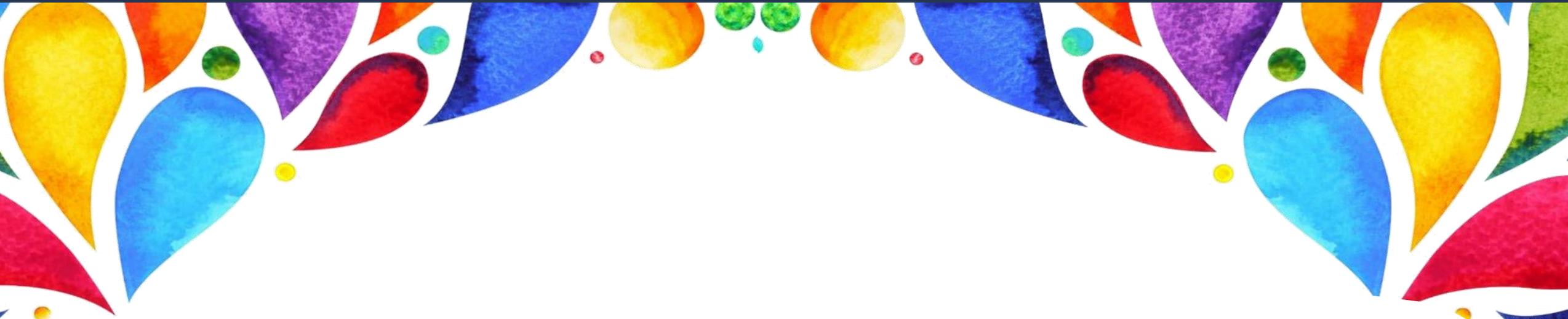


Tables rondes

16h00 – 16h45

- Table ronde **Habitat** : salle Cyrano – 1^{er} étage
- Table ronde **Sport, Culture et Loisirs** : salle N°5 – 3^{ème} étage
- Table ronde **Accès à l'emploi et Formation** : salle N°6 – 3^{ème} étage





En route vers le rétablissement



Table ronde Habitat

14h30 – 16h00

Salle Cyrano

Animée par Geneviève Gagneux

Coordinatrice du CLSM Cergy

Et par Romain Lamort

Cadre au CH Argenteuil – P2R95

Participants :

- **Estelle TEMPLIER** Cadre socio éducatif Association Les ailes déployées
- **Jean-Luc NAINE** ergothérapeute HDJ François Villon appartement associatif Centre Hospitalier de Pontoise
- **Catherine PHAM** infirmière DE Centre Hospitalier Argenteuil
- **Emmanuelle VASCONI** foyer La Charmille et Dispositif Habitat Inclusif HEVEA
- **Nathalie GUEUTI** directrice pôle logement hébergement ARS95
- **Nicole ESPEILLAC** directrice EMS Fondation Les Amis de l'Atelier
- **Didier BRYCHE** directeur centre d'Habitat APED L'Espoir



Table ronde : Habitat

Logement inclusif - Habitat diffus – Habitat partagé

Acteurs locaux invités : Association HEVEA – Association Aped Espoir – LAD-Maisons Hospitalières – CH Argenteuil – Fondation Les Amis de l'Atelier – ARS95 – CHRD Pontoise



En quoi l'habitat inclusif participe t-il à l'autodétermination – l'autonomisation et le pouvoir d'agir de la personne en situation de handicap psychique ?

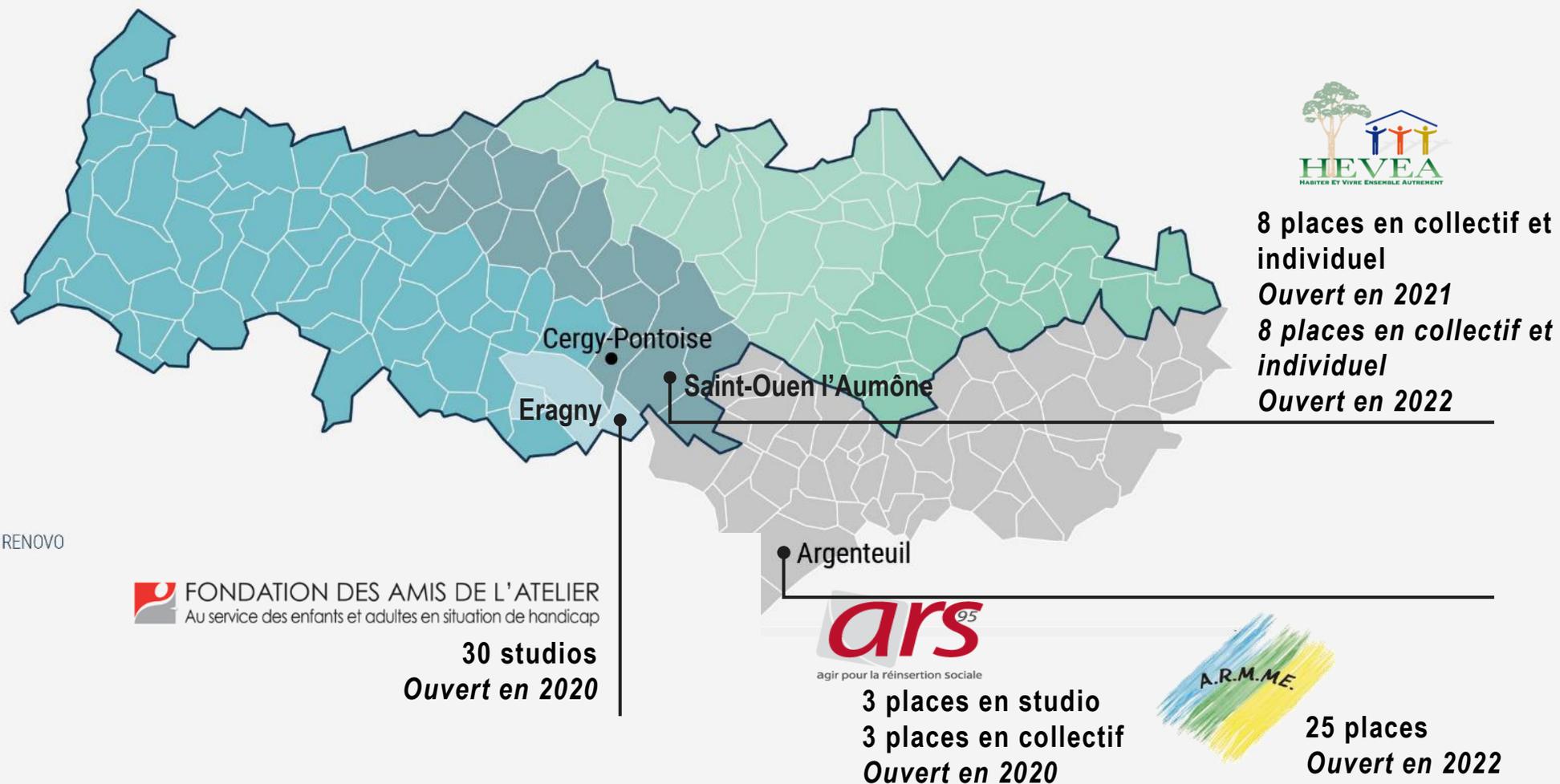


Prendre soin de mon environnement,
c'est prendre soin de soi,
d'acquérir de la reconnaissance
et de la fierté

[Court métrage réalisé à la Résidence Accueil « l'Ecluse » - Eragny](#)



Les dispositifs d'habitat inclusif



Temps 1 : La question du logement est centrale dans le processus de rétablissement des personnes en situation de handicap psychique

- Constats :
 - Diversité de logements disponibles sur le département
 - Volonté des acteurs (sanitaire – médico-social – social) d'apporter une réponse mieux adaptée aux besoins spécifiques



Temps 1 : La question du logement est centrale dans le processus de rétablissement des personnes en situation de handicap psychique

Dans une logique de parcours de vie,

- Qu'est-ce que le logement inclusif ? A qui ce type de logement s'adresse ? A quel moment ce type d'habitat est une réponse appropriée ? Quelle est la plus-value de rendre accessible ce type de logement ?
- Qu'est-ce que l'Habitat diffus ? A qui ce type de logement s'adresse ? A quel moment ce type d'habitat est une réponse appropriée ? Quelle est la plus-value de rendre accessible ce type de logement ?
- Qu'est-ce que l'habitat partagé ? A qui ce type de logement s'adresse ? A quel moment ce type d'habitat est une réponse appropriée ? Quelle est la plus-value de rendre accessible ce type de logement ?



Temps 1 : La question du logement est centrale dans le processus de rétablissement des personnes en situation de handicap psychique

Présentation des expériences des participants :

- **Estelle TEMPLIER** Cadre socio éducatif Association Les ailes déployées
- **Jean-Luc NAINÉ** ergothérapeute HDJ François Villon appartement associatif Centre Hospitalier de Pontoise
- **Catherine PHAM** infirmière DE Centre Hospitalier Argenteuil
- **Emmanuelle VASCONI** foyer La Charmille et Dispositif Habitat Inclusif HEVEA
- **Nathalie GUEUTI** directrice pôle logement hébergement ARS95
- **Nicole ESPEILLAC** directrice EMS Fondation Les Amis de l'Atelier
- **Didier BRYCHE** directeur centre d'Habitat APED L'Espoir



Temps 2 : A partir de nos regards croisés, comment collectivement structure-t-on l'existant en termes d'accessibilité au logement, à partir des besoins et des souhaits des patients/ personnes en situation de handicap psychique ?



Temps 2 : échanges

Comment collectivement structure-t-on l'existant en termes d'accessibilité au logement, à partir des besoins et des souhaits des patients/ personnes en situation de handicap psychique ?

- Participer au rétablissement de la personne, c'est intégrer concrètement la complémentarité – continuité des pratiques au sein des parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique
 - o Comment favoriser la cooptation entre acteurs quand les paramètres de la temporalité diffèrent entre les structures impliquées ?
- Être dans son logement n'est pas une fin en soi. Cela suscite le réseau d'acteurs impliqués à réfléchir autrement :
 - o Soutenir et participer à une démarche expérimentale de lieux de vie
 - o Repenser notre posture professionnelle, de façon continue : figée attitude souple

Apporter des réponses multidimensionnelles, des perspectives d'actions pragmatiques à cette problématique à l'aide des expériences et des connaissances :

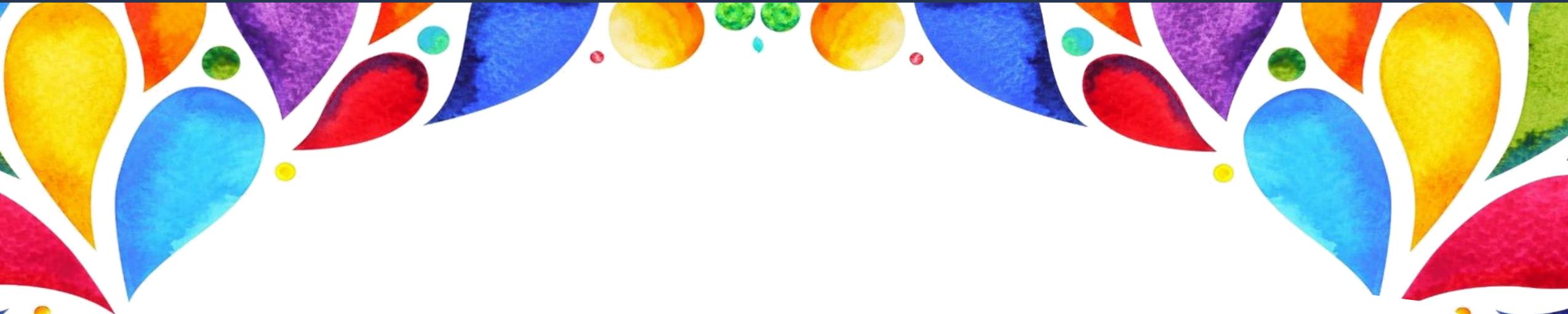
- Participer au processus de rétablissement de la personne, implique en tant que partenaires à mettre un focus sur la mutualisation des pratiques, le partage des connaissances (avec le secteur sanitaire et le secteur de l'Habitat) – Résidence Accueil FAA
- Quel est le rôle ? quelle place le médico-social a-t-il au sein de l'habitat inclusif ?



MERCI DE VOTRE ATTENTION

"Emporte dans ta mémoire pour le reste de ton existence, les choses positives qui ont surgi au milieu des difficultés. Elles seront une preuve de tes capacités et redonneront confiance devant tous les obstacles", Paulo Coelho





En route vers le rétablissement



Table ronde sport culture loisirs

14h30 – 16h00

Salle N°5

Animée par Adeline Attietallah

Coordinatrice du CLSM ValParisis

Et par Sophie BORG

Cadre - les Ailes Déployées

Intervenants :

1. **Association Cultures du Cœur Val d'Oise**
 - **Laure Chouteau**, chargée de développement
 - **Florence Guillet**, coordinatrice départementale
2. **Groupes d'Entraide Mutuelle L'Oasis (Eaubonne), Mille et une vies (Arnouville), GEM Le Futur (Persan)**
 - **Victoria Valenzula**, présidente GEM L'Oasis
 - **Kamel**, adhérent GEM Mille et une Vies
 - **Ludovic**, adhérent GEM le Futur
 - **Pascal**, vice-président GEM L'Oasis
3. **Enseignants APA**
 - **Anaëlle Mansard**, association Les Ailes Déployées
 - **Rayane Chaoui**, Centre Hospitalier d'Argenteuil
 - **Rémi Berthe**, Comité Départemental du Sport Adapté du Val d'Oise
 - **Guillaume Roumba**, CH Beaumont-sur-Oise



APA et sport au service du rétablissement

Rayane CHAOUI, P2R95 CH-ARGENTEUIL

Guillaume ROUAMBA, CH-BEAUMONT SUR OISE

Anaëlle MANSARD, LAD,

Rémy BERTHET, Comité interdépartemental de sport adapté
du Val d'Oise

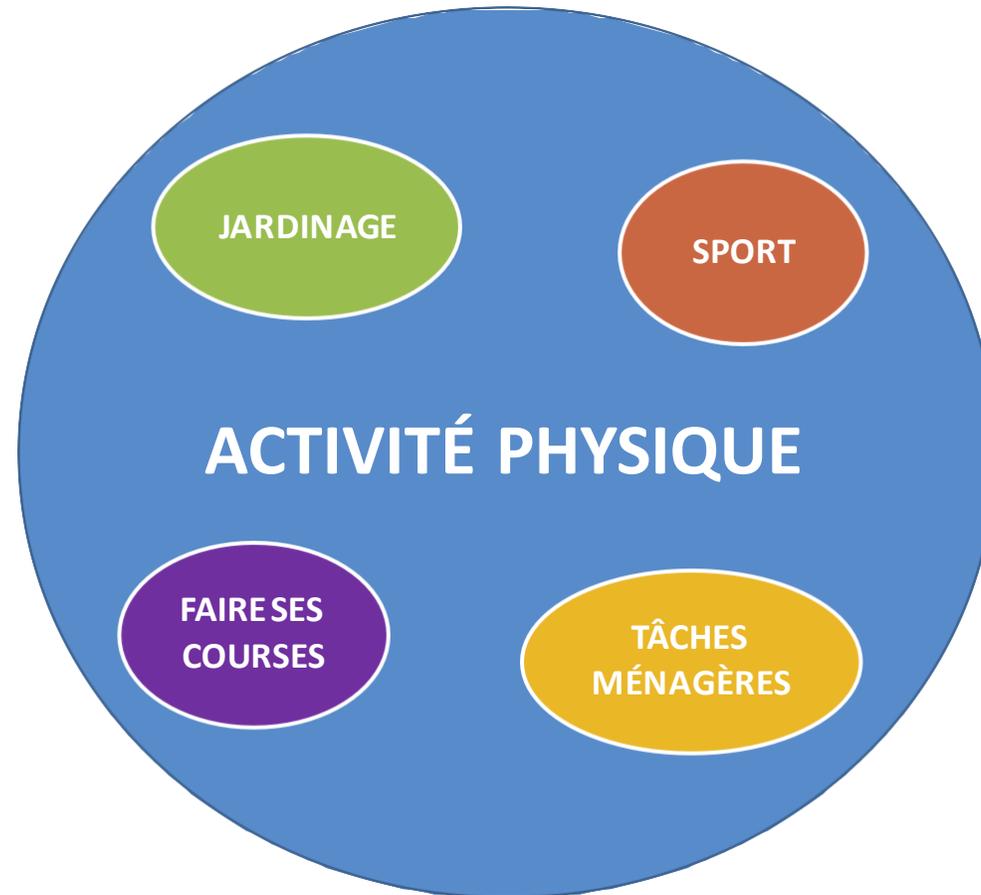


APA ET SPORT

Quelles différences ?



APA et sport : Quelles différences ?



Des leviers du rétablissement ?

Comment l'APA et le sport peuvent participer au rétablissement ?



Santé physique

Le syndrome métabolique dans les troubles psychiques



Santé physique :

« *La réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé.* »

(Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé, 2018)

Parmi les déterminants de cette surmortalité on retrouve le tabagisme, une prévalence importante au **syndrome métabolique (iatrogène)**, un mode de vie plus sédentaire.



Santé physique :

- Comment l'EAPA peut aider à lutter contre le syndrome métabolique ?
 - Prévention, ETP ;
 - En initiant la pratique d'une activité physique régulière ;
 - Type aérobic (endurance) ;
 - Au minimum 30min/J et 5J/7 ;
 - Intensité modérée à élevée ;
 - Renforcement musculaire au moins 2fois/semaine.

Santé physique :

Bénéfices de l'AP:

- Diminue la mortalité ;
- Améliore la qualité de vie ;
- Améliore la santé physique (endurance, force, poids) ce qui permet de tendre vers le rétablissement en augmentant son pouvoir d'agir (plus de ressources).

Santé psychique

APA et réhabilitation psychosociale



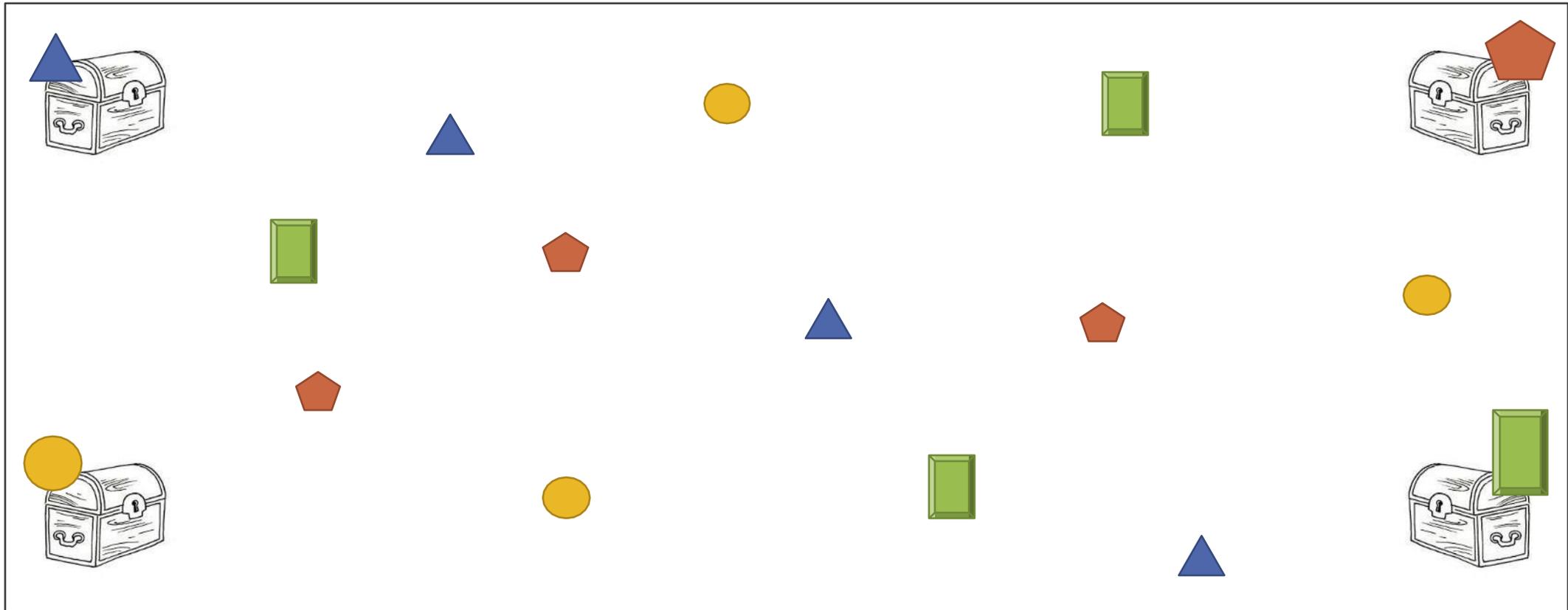
Santé psychique :

Adapter un programme d'AP en fonction des capacités physiques et de l'évaluation neuropsychologique :

- ❑ Réhabilitation psychosociale : **Remed Rugby** (Dubreucq J, Gabayet F, Ycart B et al., 2020) ; **Golf Remed** (Cady F, 2021)
- ❑ Remédiation cognitive « incarnée » : **APA + CRT** (Amado I, Kern L, 2021)

Santé psychique :

Schéma d'une situation motrice type :



Santé psychique :

Les effets d'un programme APA (HAS, 2019 ; Bernard et Ninot, 2012 ; ., Malchow, Schuch, Elliott, Nuechterlein et Yung, 2016) :

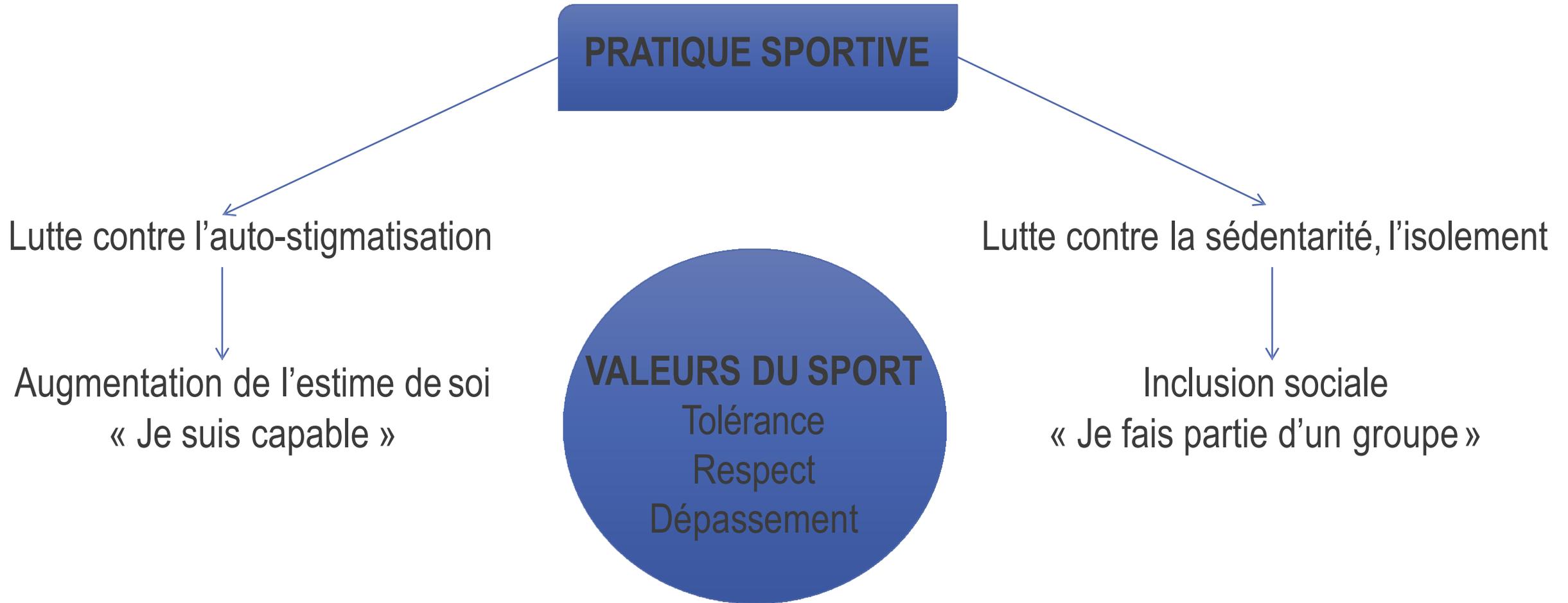
- Amélioration des fonctions cognitives ;
- Amélioration de la qualité de vie et de l'estime de soi ;
- Amélioration du sommeil ;
- Réduction des symptômes dépressifs et anxieux ;
- Effets positifs sur la symptomatologie négative et sur certains aspects neurocognitifs dans les troubles schizophréniques ;
- Travail en groupe = rompre avec l'isolement sociale (resocialisation, habiletés sociales, inclusion).

Santé sociale

Sport adapté et inclusion sociale



Santé sociale :



Santé sociale :



Notre mission est d'offrir à toute personne en situation de handicap mental ou psychique, quels que soient ses désirs, ses capacités et ses besoins, la possibilité de vivre la passion du sport de son choix dans un environnement voué à son plaisir, sa performance, sa sécurité et à l'exercice de sa citoyenneté.

☐ LE CDSA95 EN 2 MOTS: Objectifs, missions...

☐ NOTRE RÔLE DANS LE PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT: Amener le patient à pratiquer une activité sportive adaptée à ses capacités de manière pérenne à sa sortie

En résumé :

- ❑ Le sport est une forme d'activité physique (but compétitif/performatif) et l'activité physique n'est pas que du sport (ex : jardinage, tâches ménagères);
- ❑ L'AP et le sport peuvent favoriser l'augmentation du pouvoir d'agir « *empowerment* » en améliorant les capacités physiques, cognitives et sociales des personnes atteintes de troubles psychiques (connaître ses ressources et ses limites, responsabiliser, autonomiser) ;
- ❑ L'AP et le sport peuvent-être des outils de la réhabilitation psychosociale, en favorisant l'inclusion sociale des personnes souffrant d'isolement lié aux troubles psychiques (pratique en groupe, association, club inclusif, déstigmatisation, resocialisation, retour à la vie sociale possible) = soutenir le rétablissement.



Pour conclure

Présentation vidéo de Golf Remed

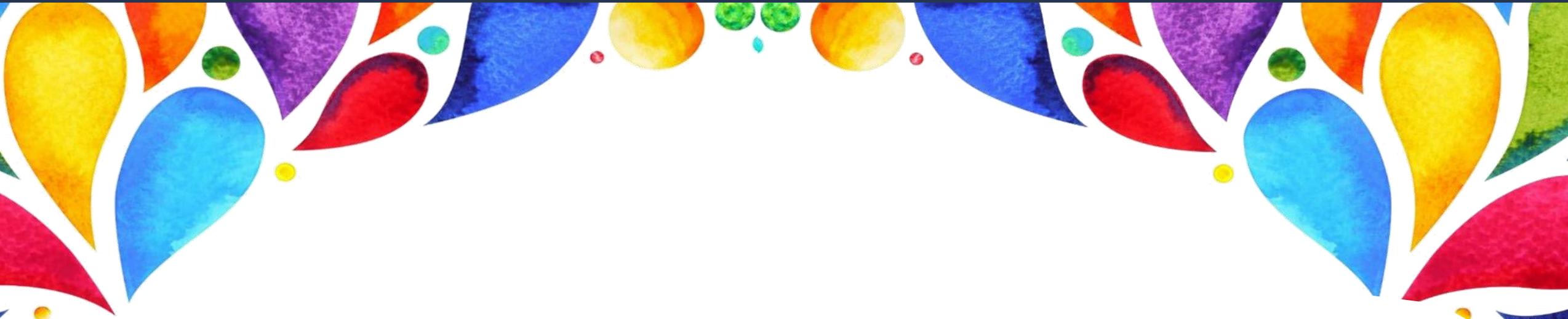




KANGAROO

Merci de votre attention





En route vers le rétablissement



Table ronde accès à l'emploi et formation

14h30 – 16h00

Salle N°6

Animée par Chabha IDIR

Coordinatrice du CLSM Argenteuil-Bezons

Et par Carole Fouques

Directrice Association HEVEA

Intervenants :

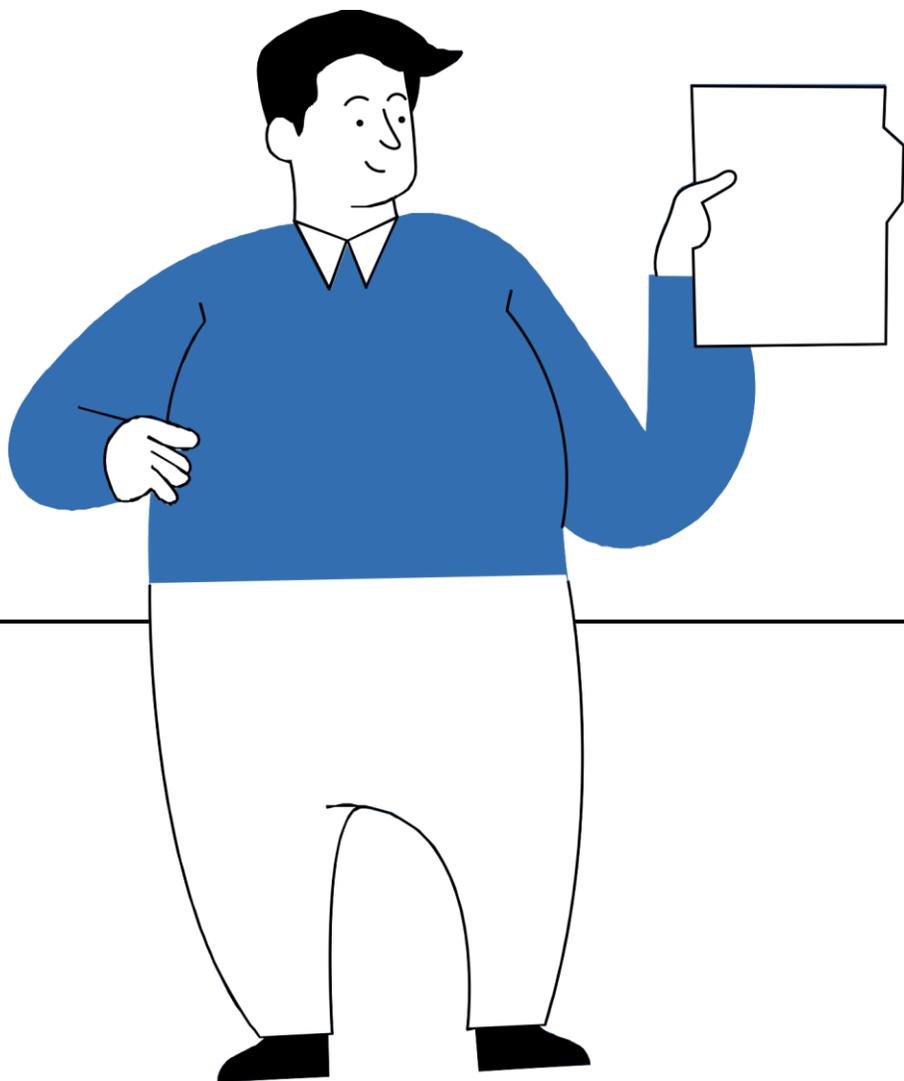
- **Miryam DJAHNINE** : Conseillère référente Mission local Argenteuil-Bezons
- **Sally BENHAMDINE** : Coordinatrice de parcours au PLIE Argenteuil-Bezons
- **Amina OULHAFIANE** : CARE, Mutuelle la Mayotte
- **Virginie DAFFNIET** : Cap Emploi
- **Gwenaëlle KONNERT** : Emploi Accompagné LADAPT
- **Franck JEAN FRANCOIS** : ESAT APAJH95



Journée de la réhabilitation psychosociale

Présentation du Dispositif d'Emploi
Accompagné (DEA)





Sommaire

- Qu'est ce que le DEA ?
- La spécificité du dispositif d'emploi accompagné
- Nos objectifs

Le "DEA"

- L'article 52 de la loi N°2016-1088 du 8 août 2016

-> Relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels



D'après décret n°2016- 1890 du 27 décembre 2016

Les objectifs

- D'accompagner vers et dans l'emploi les personnes présentes dans le dispositif, en mobilisant à la fois un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle, en vue de leur permettre d'accéder et de se maintenir dans l'emploi rémunéré sur le marché du travail
- D'accompagner la personne et l'entreprise

L'accompagnement sur le terrain

- Elle peut être estimée à « au moins » une année, pour une intensité de l'accompagnement dégressive en fonction des besoins du salarié et de l'employeur.
- L'accompagnement doit pouvoir être réactif à tout moment de manière à répondre ponctuellement à des situations difficiles.

Qui est concerné par le DEA ?

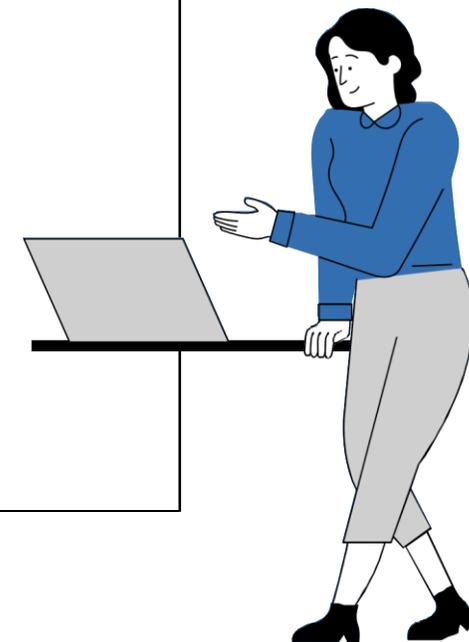
- Les personnes handicapées nécessitant un accompagnement médico-social pour s'insérer durablement dans le marché du travail, peuvent bénéficier du dispositif d'emploi accompagné.
- La spécificité du dispositif d'emploi accompagné réside dans la combinaison d'un accompagnement médico-social et d'un accompagnement à visée d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.

Les bénéficiaires du dispositif :

Dès l'âge de 16ans, aux personnes bénéficiant d'une RQTH, qui sont les suivants :

- Les travailleurs bénéficiant d'une RQTH ayant un projet professionnel en milieu ordinaire de travail
- Les travailleurs accueillis dans un ESAT ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail
- Les travailleurs en emploi en milieu ordinaire de travail qui rencontrent des difficultés particulières pour sécuriser de façon durable leur insertion professionnelle

Mais également à l'employeur



Les critères d'évaluation

- Être volontaire
- Avoir une RQTH en cours de validité

Pour affiner l'évaluation des besoins avant d'envisager une prescription, il s'agit de questionner :

- La distance à l'emploi : s'adresse aux personnes éloignées de l'emploi qui ne trouvent pas de réponse à leurs besoins dans l'offre existante
- Le parcours d'accompagnement à l'insertion professionnelle déjà mis en place : s'assurer que les mesures de droit commun déjà mises en place ont été insuffisantes ou inefficaces
- L'importance des limitations d'activités impactant l'accès et le maintien dans l'emploi (à savoir la relation à l'autre, la communication, les déplacements, des difficultés pour s'orienter, peur dans les transports, l'apprentissage ou application des savoirs faire)



L'accompagnement..

L'accompagnement du travailleur en situation de handicap devra comporter au moins les 4 modules suivants



Notre accompagnement se porter sur :

- l'évaluation de la situation des personnes (projet professionnel, capacités, besoins...)
- La détermination du projet et de sa réalisation (insertion dans l'emploi en milieu ordinaire)
- Assistance à la recherche d'emploi (mise en relation avec les entreprises partenaires)
- Accompagnement dans l'emploi pour sécuriser le parcours professionnel de la personne accompagnée

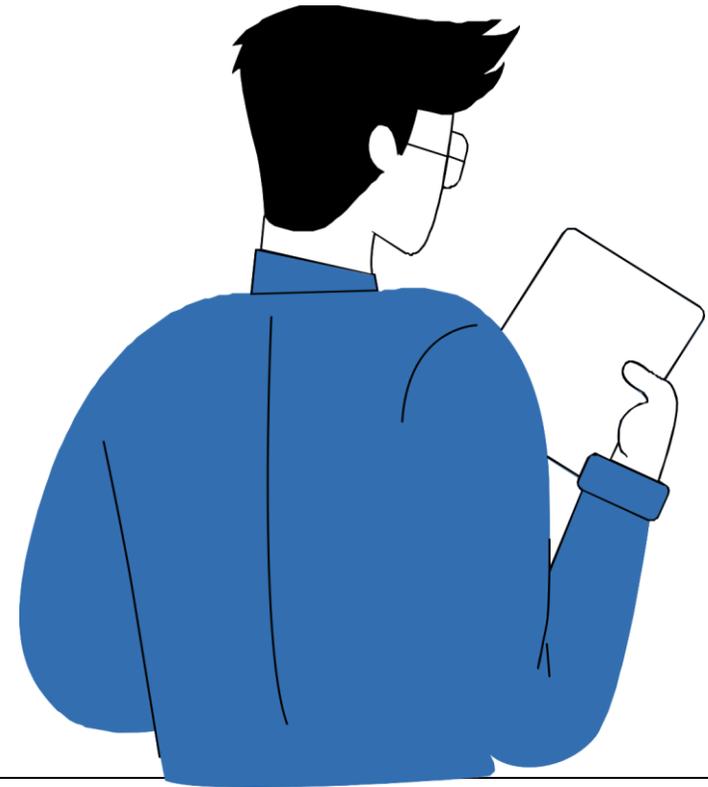
Mise en oeuvre

Ce dispositif est mis en oeuvre :

- sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

ou

- sur prescription de Cap emploi, Pôle emploi ou mission locale

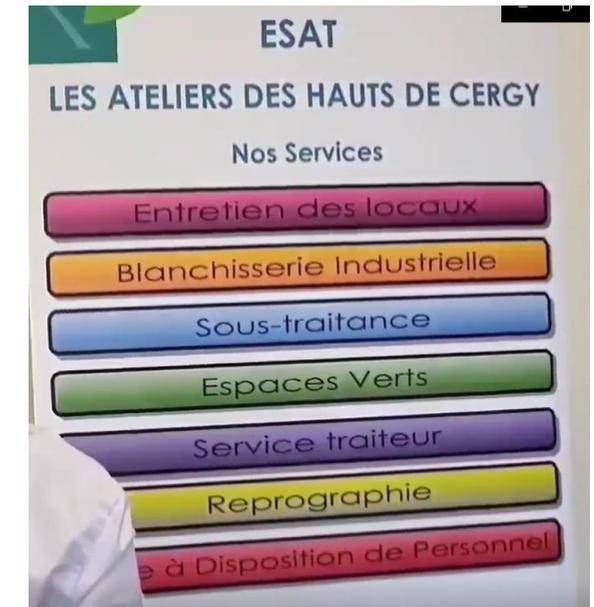


pour
votre
écoute



Vidéo de l'ESAT LES ATELIERS DES HAUTS DE CERGY – APAJH

Montage FRANCK Jean-François



Vidéo du CARE, Club Autogéré de Rétablissement par l'Emploi

MUTUELLE LA MAYOTTE 11, avenue du 8 mai 1945 95200 Sarcelles

Tel : 06 12 31 49 46 ; care@lamayotte.fr



Restitution des tables rondes

16h00 – 16h45

- Table ronde Habitat : salle Cyrano – 1^{er} étage
- Table ronde Sport, Culture et Loisirs : salle N°5 – 3^{ème} étage
- Table ronde Accès à l'emploi et Formation : salle N°6 – 3^{ème} étage



Clôture de la journée

16h45 – 17h00

Dr Dominique Carage

Représentante de l'UNAFAM

Présidente sortante de la Commission Spécifique Santé Mentale du
Conseil Territorial de Santé du Val d'Oise



Dr Dominique Carage

Bonsoir à toutes et à tous,

En tant que bénévole de l'Unafam95 et pilote du premier Projet Territorial de Santé Mentale du Val d'Oise, je suis très touchée de conclure cette belle journée.

Cette journée de **sensibilisation au concept de réhabilitation psychosociale** vient prouver que notre premier PTSM permet la mise en place d'actions concrètes. Elle illustre parfaitement ce que peut être **le déploiement du PTSM dans notre département**

Tout au long de cette journée, j'ai retrouvé **l'esprit de ce que doit être, selon les textes, un projet territorial de santé mentale :**

- Un **dispositif** où la notion de territoire de santé est remplacée par la notion de territoire de démocratie sanitaire avec la mobilisation de tous les acteurs du département concernés par la santé mentale
- Un **outil de coordination** pour une meilleure politique de santé mentale, pour que celle-ci soit conçue comme une action globale pour l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées par des problèmes de santé mentale à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture,
- La **mise en place d'actions concrètes** comme celle présentée aujourd'hui grâce à la labellisation des 2 plateformes de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale dans notre département : la P2R95 pour le sud du VO et celle des Ailes Déployées pour le NO du VO
- La **mise en présence de tous les acteurs** concernés par la santé mentale, qu'ils soient issus du sanitaire, du social, du médicosocial, mais aussi les acteurs du logement, de l'hébergement, de l'emploi, de l'inclusion sociale et citoyenne
- La **reconnaissance de l'expertise des usagers et de leurs proches** permettant des regards croisés sur leurs parcours pour l'amélioration de leur accompagnement.
- Le **soutien et l'accompagnement de l'ARS**

Une journée comme celle-là est très importante pour nous, les proches aidants.

Les contraintes liées aux questions de santé mentale de nos proches pèsent encore trop souvent sur nous, les familles. Il est grand temps que **la solidarité nationale** relaie efficacement la solidarité familiale par **des mesures concrètes** sur le logement, l'emploi, et l'environnement, favorisant ainsi l'inclusion sociale, l'autonomie et le bien-être de nos proches en souffrance.

Pour garantir le digne accompagnement de nos proches, des moyens doivent impérativement être alloués pour revaloriser les métiers et les carrières de tous les professionnels, en établissements ou à domicile, ce qui ne peut pas relever de la seule responsabilité des associations mais nécessite obligatoirement un soutien financier de l'Etat.

Pendant 5 ans, j'ai croisé un bon nombre d'entre vous au cours de l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale du Val d'Oise et je vous remercie pour votre confiance.

Je garde un regard curieux et une oreille attentive sur toutes les actions que vous allez continuer à mener à bien. Vous pouvez compter sur mon soutien, certes plus modeste mais toujours aussi réel et sincère. **Bravo pour cette journée et pour votre mobilisation !!**

