



L'EDUCATION THERAPEUTIQUE AU SEIN DE LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

I.AMADO

Responsable du C3RP Centre Ressource National en Remédiation Cognitive et Réhabilitation Psychosociale île de France



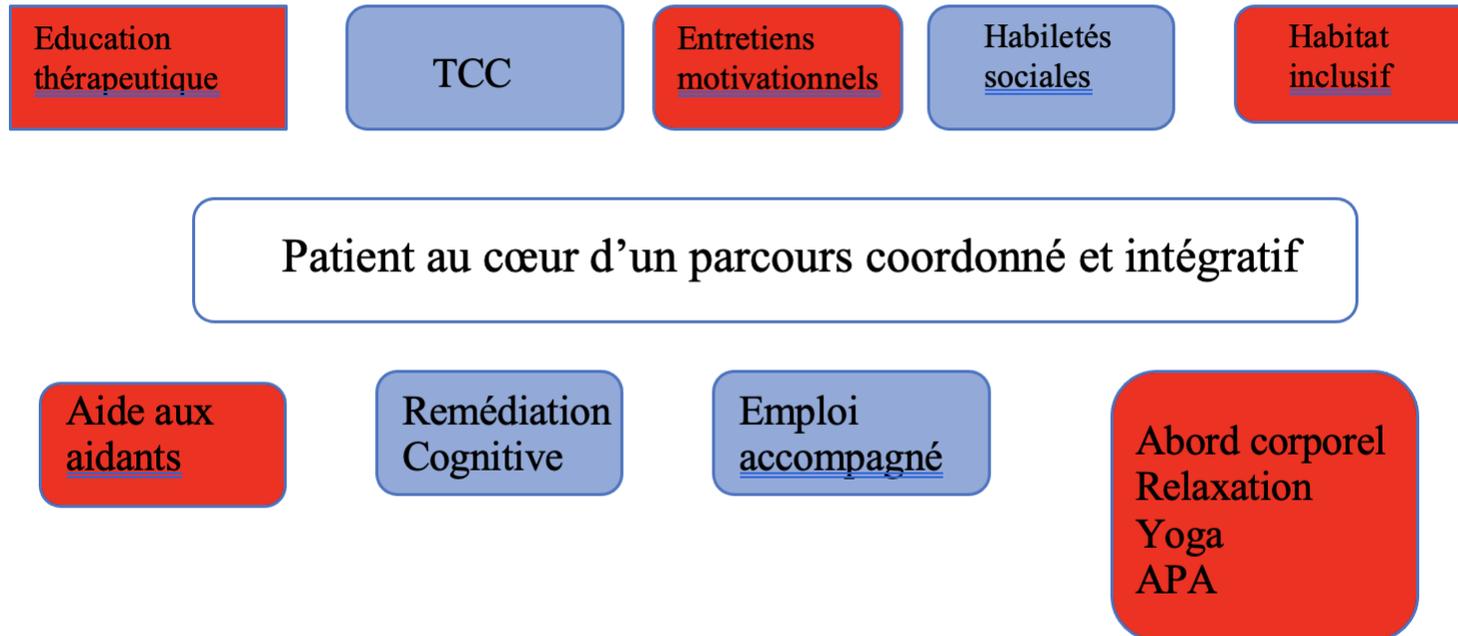
Les Thérapies psychosociales sont indispensables à la thérapie

Que souhaitent nos patients une fois la phase aiguë passée? (Graham et al. 2014)

- Cible: qu'est ce qui peut faciliter l'engagement ?
- Et quels types de programmes ?
 - cibler « **l'empowerment** », et la **réalisation de soi**
 - **Faire de l'exercice,**
 - favoriser la **socialisation**
 - Impulser de la **motivation et aider à planifier des actions**
 - **Avoir l'accès aux dispositifs pour s'insérer**

UN PANEL DE THERAPIES PSYCHOSOCIALES POUR PERSONNALISER LES PARCOURS

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



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

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

Définition de l'Éducation pour la Santé (OMS)

- « ELLE VISE À RENDRE LES PERSONNES ET LES GROUPES
APTES À ADOPTER LES MODES DE VIE LES PLUS FAVORABLES
POSSIBLES À LEUR SANTÉ.

ELLE EST UN DES MOYENS D'INTERVENTION DE LA
PROMOTION DE LA SANTÉ. »

Education thérapeutique

- La personne souffre d'une maladie et est concernée par des facteurs de risque
- Les temps biocliniques, psychologiques , sociaux et pédagogiques ne sont pas les mêmes
- La relation éducative est fondée sur une recherche d'équilibre permanent entre une urgence d'apprentissage pratique et les réaménagements psychoaffectifs qu'engendre la maladie chronique.

Exemple: ETP sur l'ensemble du pôle 15

- Des programmes d'ETP flexibles et « à la carte »
- Du personnel soignant en transversal (médecin, infirmier, psychologues)
- Des structures différenciées où se déclinent des programmes différenciés
- Outils :
 - Brain-storming
 - Cas concrets
 - Boites de médicaments
 - Relaxation, yoga, ...
 - Interventions extérieures (diététicienne, infirmière du C3RP, médical pour session sur les traitements...)

séances d'ETP intra et extrahospitalier - programmes différenciés selon les structures, les profils de patients et les objectifs à atteindre

- **3 Séances individuelles amorces** dans chaque unité
 - **Groupes :**
 - Gpe intra / troubles schizophréniques : co-animé par les référents des unités de secteur
 - Gpe CMP / troubles schizophréniques : co-animé par les référents du CMP
 - Gpe CMP: Just Born!: troubles schizoaffectifs
 - Foyer pôle 15 : groupe / qualité de vie, habiletés sociales : autonomie –
 - Centre de jour polaire: hôpital de jour: infirmiers formés à l'ETP. Groupe décliné durant les 6 premiers mois
 - C3RP: Programme TIPP (J. Favrod) au C3RP ainsi que sensibilisation aux fonctions cognitives
 - presque tous sont labellisés ARS- et coordonnés en transversal sur l'hôpital
- par l'UTEP (Unité Transversale d'éducation du patient)

En Intra hospitalier

- **Sur la schizophrénie**

Trois séances d'amorce pour préparer un programme complet en suite.

- 1 La maladie et les symptômes
- 2 Les traitements
- 3 Préparation à la sortie

En ambulatoire (CMP)

- **Sur la schizophrénie**

1. Les maladies
2. Les symptômes (1) (symptôme de la schizophrénie, signes précurseurs conduite à tenir)
3. Les symptômes (2)
4. Les symptômes (3)
5. Les traitements (1) les classes médicamenteuses, effets secondaires
6. Les traitements (2)
7. La relaxation
8. Les conséquences psychosociales (réhabilitation, remédiation cognitive)
9. L'affirmation de soi
10. Les relations sentimentales (et la sexualité)
11. Séance au choix (ex: diététique, les toxiques)
12. Rencontre famille/soignants/patients
13. Comprendre l'organisation des soins, les différentes prises en charge, le rôle des intervenants du CMP (intervention de l'assistante sociale)
14. Rencontre avec le médecin traitant
15. Bilan

Des infirmiers formés à tous les étages
Une infirmière en transversal et à
l'articulation extra-intra
Une cadre de soin qui supervise les
programmes
Un praticien Référent

Groupe de reprise En piqûre de rappel lorsque l'on a déjà participé au groupe initial

1. maladie, symptômes, traitement
2. rencontre avec le médecin généraliste
3. rencontre avec la diététicienne
4. organisation des soins, conduites à tenir, bilan
- 16.

Programmes pour les familles

- Profamille: programme déroulé en deux ans, depuis de nombreuses années sur l'hôpital et animé par D. Willard et M.Moualla
- Pourquoi intervenir auprès des familles?
- **Impact de la maladie sur les familles**
 - Liées à la nature des symptômes du proche
 - Délires, hallucinations, troubles du comportement, violence (auto et/ou hétéroagressive)
 - Symptômes négatifs **souvent méconnus par les proches** lesquels les considèrent comme sous le contrôle du malade perçu comme paresseux ou égoïste
 - Représentations sociales négatives de la maladie
 - Stress, soucis, inquiétudes (75 % des aidants se sentent anxieux, stressés ou surmenés)

 - Divorces, vie sociale et loisirs compromis,
 - Problèmes financiers,
 - Fatigue, isolement, agressivité, culpabilité,
 - Voire troubles psychiques (jusqu'à 60% selon les études)

(3) Bénéfices de la psycho-éducation des familles

Un bénéfice sur les patients	Un bénéfice sur la famille
<ul style="list-style-type: none">● Réduction de 40% du taux de rechute des patients en comparaison à un groupe contrôle● Amélioration de l'observance thérapeutique● La psychoéducation familiale est l'intervention la plus efficace après les traitements médicamenteux <p><i>Pilling et al., 2002</i> <i>Sin and Norman, 2013</i> <i>Addington et al., 2013</i></p>	<ul style="list-style-type: none">● Réduction du fardeau ressenti par les aidants● Réduction de la symptomatologie dépressive● Réduction du nombre de jours d'arrêt de travail <p><i>Valladier et al., 2016</i> <i>Ma et al., 2018</i></p>

Le programme Profamille

- **1^{er} module : 14 séances de 4 heures**

- **2^{ème} module : approfondissement**

- Accueil

- **séance 1: engagement + préparation (empathie, changer de point de vue, repérage comportements, pensées et croyances, relaxation)**

- Psychoéducation

- **séance 2: connaître la maladie**

- **séance 3: connaître son traitement**

- Développer des habiletés relationnelles

- **séance 4 et 5: habiletés de communication**

- **séance 6: habiletés à poser des limites**

- **séance 7: révision**

- Gestion des émotions et développement de cognitions adaptées

- **séance 8: culpabilité et anxiété**

- **séance 9: habiletés à gérer ses émotions**

- **séance 10 : habiletés à gérer ses pensées parasites**

- **Séance 11 révision**

- **séance 12: apprendre à avoir des attentes réalistes**

- Développer ses ressources

- **séance 13: savoir obtenir de l'aide**

- **séance 14: développer un réseau de soutien**

Les nouveaux programmes – BREF Lien équipes/Unafam (Rey et al. Le Vinatier)

PROGRAMME



LIVRET INTERVENANT

Centre Hospitalier le Vinatier
Pôle Est

Unité de Psychoéducation et de Psychothérapie
(UPP)



Les objectifs :

- Motiver les proches à se faire aider
- Informer sur les dispositifs d'aide
- Développer l'alliance thérapeutique et individualiser l'accueil des familles
- Dédramatiser l'hospitalisation

Les indications :

- Toute personne ayant des relations proches avec la personne malade (aidant naturel)
- Avoir un proche hospitalisé souffrant de Schizophrénie, de pathologie apparentée sans forcément de diagnostic posé.

Contenu de BREF

- 3 séances d'une heure environ
- S1 : présentation, évaluation, histoire du proche par les participants, choix d'une image dans chaque pile (« aidant » et « personne malade ») par les participants.
 - S2 : Traitement de l'image de la pile « personne malade » (signes cliniques, hospitalisation, difficultés rencontrées par le proche malade.
 - S3 : Traitement de l'image de la pile « aidant », travail sur les ressentis vécus par l'aidant autour de la maladie, l'hospitalisation, les difficultés familiales. Information sur les réseaux d'aide, évaluation et bilan.

Le programme LEO se compose de
8 séances de 3 heures.

Il peut accueillir entre 8 et 12 participants.



Chaque séance offre l'occasion :

- de **s'entraîner** aux différents outils et techniques
- de **partager** ses idées et expériences; et
- de **trouver du soutien**.

en partenariat avec
**COLLECTIF
SCHIZOPHRENIE**



La personne concernée par les troubles
psychiques n'est pas présente aux séances.
Les séances sont gratuites.

La formation au programme LEO

- 2 formateurs.rices
- 2 modules de 2 jours
(modules espacés de 2 semaines à 1 mois)
- 12 participants (futurs animateurs)

Objectifs pédagogiques

- Acquérir les connaissances socles concernant les aidants en psychiatrie
- Comprendre les objectifs stratégiques du programme LEO
- Maîtriser les techniques d'animation groupales
- Former les aidants à l'utilisation de stratégies favorisant l'accompagnement de leur proche
- Former les aidants à une technique d'auto-gestion favorisant la motivation au changement (ZRM, modèle de ressources Zurichois)

Contactez le CLAP

(CENTRE LYONNAIS DES AIDANTS/FAMILLES EN PSYCHIATRIE)

Centre Hospitalier LE VINATIER
POLE EST - CLAP - Docteur Romain REY
95 bd Pinel - BP 30039 69678 BRON CEDEX



PROGRAMME POUR LES AIDANTS

D'UN PROCHE VIVANT AVEC UN TROUBLE PSYCHIATRIQUE



LEO

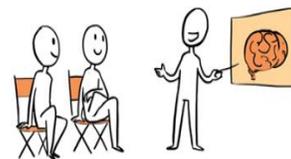


Notre promesse :
Que vous puissiez agir !

**Découvrez comment
mettre en place LEO
dans votre service**

UN PROGRAMME DE PSYCHOEDUCATION :

1. CONNAISSANCES



Le programme LEO est **multi-diagnostic**. Cette approche unique permet de réunir des aidants dont le proche présente des troubles schizophréniques, de l'humeur (bipolarité, dépression) ou troubles de la dysrégulation émotionnelle (borderline).

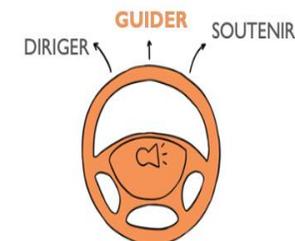
Le socle de connaissances médicales est commun. Les apports s'appuient sur de nombreuses métaphores pour **optimiser la compréhension des concepts**.

2. COMMUNICATION

Les différents styles de communication sont abordés, et plus particulièrement celui consistant à **guider** son proche, vers le changement.



Le message en lui-même est décrypté à travers les 4 facettes qui le composent.



3. AUTOGESTION

L'originalité du programme LEO réside dans l'**intégration du modèle d'autogestion ZRM** (modèle de ressources zurichois).

Il permet une reconnexion à soi-même et à ses besoins profonds ; et favorise l'incarnation d'une nouvelle attitude face aux aléas de la vie, ouvrant le champ des possibles.

4. RELAXATION

A chaque séance sont proposés des exercices afin de mieux faire face au **stress** du quotidien, et éviter l'**épuisement** au long cours



La psychoéducation de l'aidant : un double bénéfice

Bénéfices directs pour les aidants

- Réduction de la symptomatologie **dépressive**
- Réduction du nombre de jours **d'arrêt de travail**
- Amélioration du **fonctionnement familial**
- Meilleur recours aux **ressources disponibles**
- Réduction du **fardeau** ressenti par l'aidant

Ma et al., 2018; Valladier et al., 2016

Bénéfices indirects pour les patients

- La psychoéducation familiale est l'intervention la plus efficace après les traitements médicamenteux
- Amplitude d'effet sur la prévention de la rechute équivalent à celle des traitements médicamenteux

McFarlane, 2002; Sin & Norman, 2013

**LEO est conforme
aux recommandations
internationales**

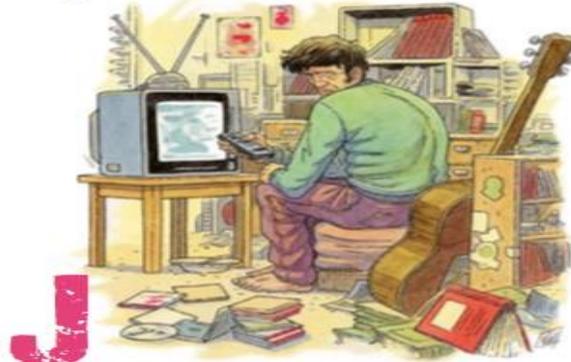
- Proposer une intervention psychoéducative **systématique et précoce** aux aidants
- Initier un **parcours** d'accompagnement pour les aidants

Rapport Gillot, 2018; Gallety et al., 2016

Programme pour les personnes concernées dispensés au C3RP

Programme TIPP
Favrod, Bansac et al. 2013

J'ai pas la motiv'



J

Jacques passe de nombreuses heures à ne rien faire, allongé sur son lit. Un jour, il décide d'aller chercher sa guitare dans le placard. Il joue quelques accords et réalise qu'elle est désaccordée. Il se dit que l'effort de l'accorder n'en vaut pas la peine. Il repose la guitare et allume la TV.

Les troubles psychotiques peuvent être accompagnés d'un effet de démotivation ou d'une réduction du désir d'accomplir des actions. Cet état peut durer plusieurs semaines ou même plusieurs mois après un épisode psychotique.

L'entourage peut avoir de la difficulté à comprendre cet état et devenir critique à l'égard du manque de motivation de la personne. Des critiques peuvent à leur tour jouer un rôle aggravant sur le sentiment de démotivation.

Quand on a perdu la motivation, on peut faire certaines choses pour la restaurer. Pour commencer, il est utile de s'engager dans des activités que la personne trouvait agréable par le passé. Ceci même si on n'en a pas très envie au début. La motivation est associée au plaisir et c'est en ayant du plaisir qu'on peut la retrouver.

Il faut introduire ces activités agréables progressivement et les buts fixés doivent être facilement atteignables. On peut augmenter la difficulté au fur et à mesure que le sentiment de plaisir réapparaît.

Quand une activité est perçue comme agréable, il est utile de noter dans son agenda quelle activité a été agréable et le degré de plaisir qu'elle a produit.

Si le sentiment de démotivation persiste, il est nécessaire d'en parler à son médecin et de lui demander de l'aide.



La Psychose



Je me sens différente



D

Dès la 6^e année d'école, en classe, Elodie s'est sentie différente. Cette impression s'est encore accentuée ces derniers temps, mais elle ne savait pas exactement comment décrire cette différence. Elle se sent vraiment « autre », mais ça repose sur plusieurs sentiments assez flous. Par exemple, qu'elle ne se pose pas les mêmes questions que ses copines, ou qu'elle ne comprend pas des fois pourquoi tout le monde rigole à un gag – ce n'est même pas qu'elle le trouve mauvais, mais elle ne pige pas. Elle se dit parfois qu'elle vient d'une autre planète.

Le sentiment confus de ne pas saisir l'atmosphère, de devoir réfléchir à des choses qui pour les autres coulent de source, de se poser parfois des questions sur la vie que les autres trouvent isolées, est d'autant plus

difficile quand ce sentiment de différence se manifeste chez chacun est très variable. Les professionnels de la psychiatrie savent que ces sentiments peuvent exister, et qu'ils sont très difficiles à mettre en mots. Ils peuvent vous aider à y voir plus clair là-dessus, en vous aidant à vous de trouver les expressions ou les mots qui vous décrivent le mieux compte de ce malaise.

Il est important de pouvoir faire ce travail, car ça permet ensuite d'avoir une meilleure maîtrise de ces difficultés, et de moins les laisser envahir votre vie.



Je suis pas malade, c'est le toubib qui s'est gouré



R

Romain pense qu'il n'est pas malade. Il dit à tout le monde qu'il est victime d'une erreur médicale. Il sent bien qu'il a traversé une période difficile où certaines perceptions étaient modifiées et qu'il a eu un épisode psychotique, mais préfère l'oublier plutôt que d'y réfléchir. Il a peur de passer pour un détraqué. Il ne prend plus son traitement et continue à avoir des comportements à risque comme celui de fumer du cannabis.

Nier le fait qu'on a eu un trouble psychotique est une réaction fréquente et normale. Pendant longtemps, on a pensé que le fait de ne pas reconnaître la maladie était une caractéristique de la maladie. Cette notion persiste à tort dans de nombreux dictionnaires. Maintenant, on sait qu'après un premier épisode psychotique, 30% des personnes reconnaissent être atteintes de la maladie et après plusieurs épisodes 45% en sont pleinement conscientes.

Le fait d'accepter la maladie est un élément qui favorise le rétablissement. En effet, les personnes atteintes d'un trouble psychotique qui parviennent à intégrer de façon constructive cette expérience gèrent habituellement mieux la maladie de façon à ce qu'elle n'interfère pas avec leur développement et ils ont par exemple plus de chance de rester sur le marché de l'emploi.

Quand on a une maladie bénigne comme un rhume, une fois qu'on est guéri, on se sent comme avant la maladie. Il ne s'agit pas d'une expérience traumatisante. En revanche, il est difficile de se sentir exactement comme on était avant, suite à un épisode psychotique. C'est une expérience bouleversante qui va affecter notre façon de voir le monde. Si on nie cette expérience, il ne sera pas possible de faire le travail psychologique nécessaire pour se familiariser avec elle et en développer la maîtrise.

La psychose, c'est pas la fin du monde



S

Suzanne vient d'apprendre qu'elle a un trouble psychotique. Elle revient dans sa tête « Voir au-dessus d'un nid de coucou » et se dit qu'elle va finir comme un légume. Elle est horrifiée car il y a encore quelque temps, juste avant de tomber malade, elle avait plein de projets pour son avenir.

Le terme « psychotique » est un mot qui a souvent été déformé de son sens premier par les médias. Il est utilisé par ceux-ci à tout vent et sans discrimination pour désigner la peur, l'égarement, la dangerosité, les phénomènes qui dépassent l'entendement. Souvent les termes provenant de la psychiatrie ont passé dans le vocabulaire de la vie de tous les jours en perdant leur sens médical.

Il est vrai qu'autrefois, le traitement des troubles psychotiques comprenait des médicaments qui assomblaient les patients ou leur donnaient une démarche rigide, des électrochocs ou l'enfermement. Actuellement, les médicaments sont beaucoup plus



spécifiques et sont prescrits à petites doses. Ils n'ont quasiment plus d'effets secondaires sur le plan neurologique. L'électrochoc n'est plus utilisé et une fois que l'épisode aigu est sous contrôle, le traitement est ambulatoire.

La réduction des facteurs de risque, le suivi d'un traitement médicamenteux préventif et l'acquisition de compétences dans la gestion du trouble permettent de réduire le risque de rechute et de travailler activement à la reprise des projets de vie. Environ 65% des patients n'auront plus de symptômes de la psychose après six mois de traitement. Un tiers des patients se rétablissent complètement. On sait également que les chances de rétablissement augmentent si le patient et son équipe thérapeutique parviennent à développer une relation coopérative.

BROCHURE D'INFORMATION
« FONCTIONS COGNITIVES ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES »

(À proposer dans le cadre d'un programme de remédiation cognitive)

Brigitte MALANGIN (infirmière- thérapeute en remédiation cognitive)
Equipe du C3RP

A) FONCTIONS COGNITIVES ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Les fonctions cognitives sont des capacités de notre cerveau qui nous permettent notamment de communiquer, de percevoir notre environnement, de nous concentrer, de nous souvenir d'un événement ou d'accumuler des connaissances.

Les troubles cognitifs ont une répercussion importante dans la vie quotidienne et professionnelle.

La grande majorité des personnes souffrant notamment de troubles schizophréniques ou troubles associés est touchée par des difficultés cognitives. Celles-ci se manifestent le plus souvent avant les symptômes de la maladie et sont présentes malgré la stabilisation de la maladie.

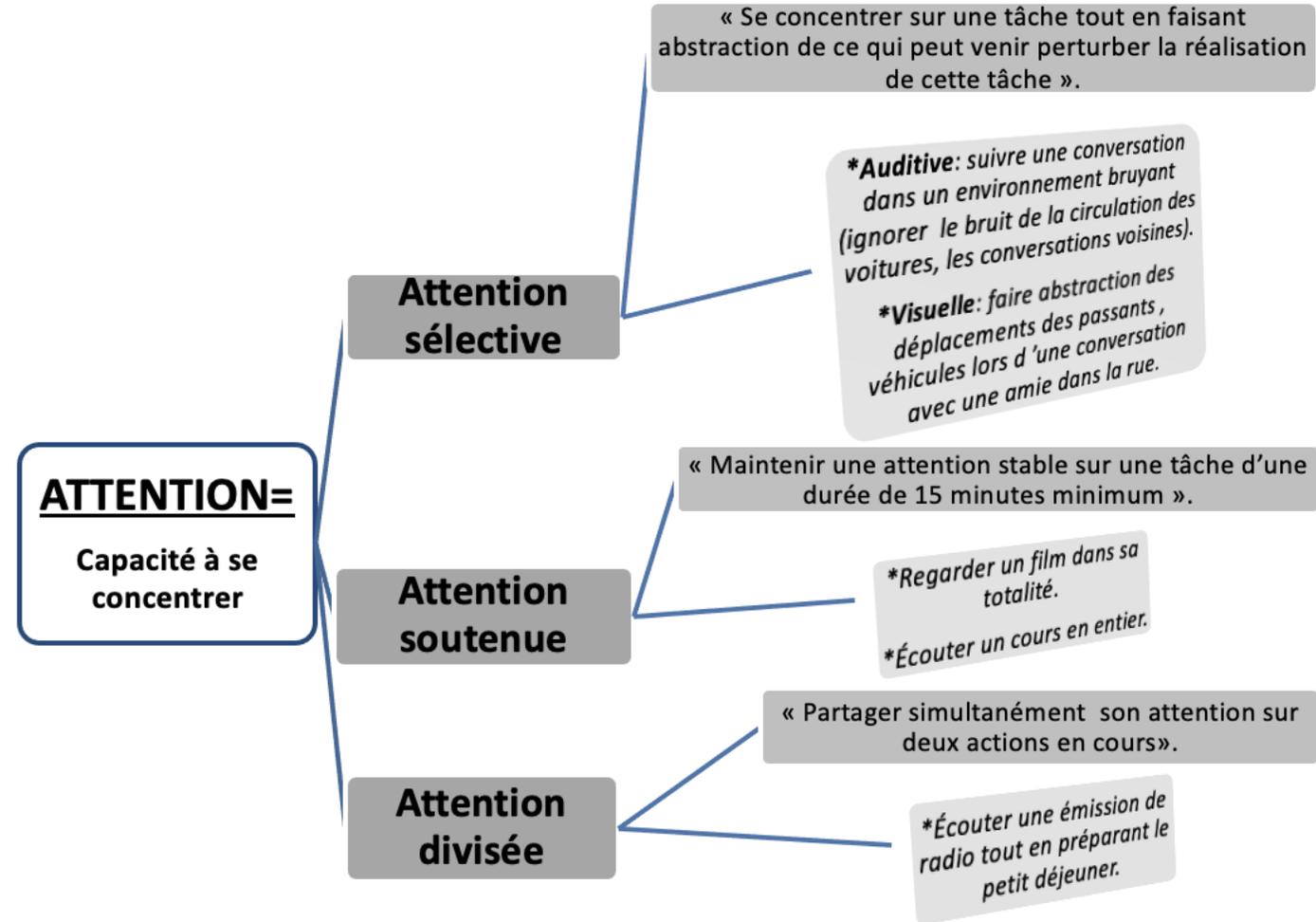
Dans la majorité des cas, les difficultés cognitives ne sont pas dues à un effet secondaire des médicaments. Les antipsychotiques de dernière génération n'ont pas d'effets négatifs sur les fonctions cognitives. En revanche, les anxiolytiques peuvent entraîner des troubles de l'attention et de la mémoire du fait de leur action sédatrice.

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques se plaignent souvent de difficultés à :

- se concentrer
- mémoriser et à se souvenir des informations lues ou vues
- planifier et à s'organiser
- initier une action
- être rapide dans l'exécution d'une tâche

B) FONCTIONS COGNITIVES ET REPERCUSSIONS DES TROUBLES DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Les différents types d'attention (Rigaut IDE)



Rigaut Bérangère, infirmière

Quiz lors de la séance ultérieure

GUIDE D'INFORMATION POUR LE THERAPEUTE LORS DE LA RESTITUTION DU QUESTIONNAIRE OUI/NON

1° Les fonctions cognitives nous permettent d'acquérir des connaissances et agir de façon adaptée

OUI : Les fonctions cognitives sont les capacités de notre cerveau qui nous permettent notamment de communiquer, de percevoir notre environnement, de nous concentrer, de nous souvenir d'un évènement ou d'accumuler des connaissances.

2° L'attention sélective permet de se focaliser sur une tâche en inhibant les informations qui pourraient nous distraire

OUI : C'est précisément la fonction cognitive qui est sollicité lorsque nous devons rester concentré sur une conversation malgré les autres conversations à côté.

Education thérapeutique dans l'autisme

Programme ETAPP

(éducation thérapeutique dans l'autisme pour la personne concernée et
le proche)

Dr M Moualla – Mme H El Gholabsouri –Mr PA Vuillet –Mme N. ETE

Principes

- Programme d'éducation thérapeutique
- A animer avec des patients experts / proches-aidants
- A proposer dès l'annonce diagnostique
- Etude pilote Janvier 2022

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

ARTICULATION ETP REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

Difficultés cognitives et schizophrénie

Fonctions les plus fréquemment atteintes

- attention
- mémoire
- fonctions exécutives

Importance du problème:

- touchent **70-80 % des patients** (Heinrichs et Zakzanis, 1998, Aleman et al, 1999), selon les normes définies pour la population générale
- sont observés chez **presque tous les patients** lorsque leur propre fonctionnement prémorbide sert de référence (Gold, 2008)
- sont présents **dès la phase prodromique**
- différent d'un patient à l'autre
- Les difficultés de **cognition sociale ont une répercussion plus importantes que les difficultés neurocognitives**

Déficit cognitif-conséquences

- sur la qualité de vie

- Conscience de souffrir de difficultés cognitives Plaintes de mauvaise mémoire, impossibilité d'organiser les tâches quotidiennes, incapacité à lire, regarder la télévision ou tenir une conversation
- souvent plus mal vécues que les symptômes

-Facteurs prédictifs d'une incapacité à travailler

- Altération cognitive (100% des études)
- Symptômes négatifs (87% des études)
- Symptômes positifs (78% des études)
- Symptômes psychiatriques aspécifiques (64% des études)

McGurk et Mueser, Schizophrenia Research, 2004

Neurocognition- Des méthodes personnalisées

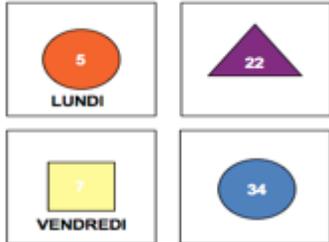
OBJECTIFS: PALLIER AU DEFICIT ; CONSTRUIRE LE PARTENARIAT
TRANSFERER LES ACQUIS AU QUOTIDIEN

Ambulatoire – différents profils

Ressources cognitives plus fragiles

IPT (Integrative Psychological treatment (groupal))

Depuis le neurocognitif
Jusqu'à la cognition sociale



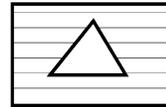
JEU MATHURIN(Amado et al. 2016)

Planif vie quotidienne
En ville virtuelle
Jeu de navigation
En Groupe

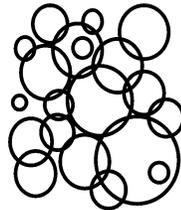


CRT (Cognitive Remediation Therapy Wykes 2002)

Papier/crayon
Attention/mémoire
Planification
(individuel)



Compter les cercles. Déterminez une stratégie.



RECOS

Remédiation de la
Cognition dans la
schizophrénie (Vianin 2011)
Ordinateur/papier-
crayon
Individuel



Ressources cognitives mieux préservées

NEAR

Neuropsychological Educational Approach of cognitive Remediation (Medalia,2002)
Groupale
Informatisée/TCC
Motivation-Entraide



Et pour la cognition sociale



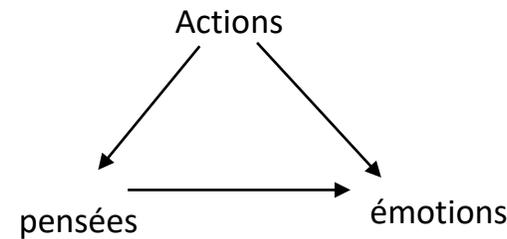
Reconnaissance des
Émotions faciales (Individuel)
(Gaudelus et al. 2013)



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



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



Comprendre puis
Réduire les biais de raisonnement
Qui altèrent les interactions

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

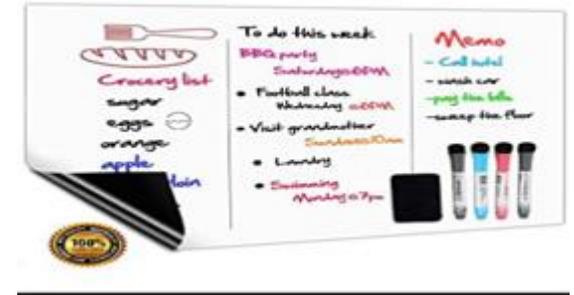


Décoder, Comprendre,
Exprimer puis produire
Les Émotions, pensées et actions
Pour soi et en interaction.

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

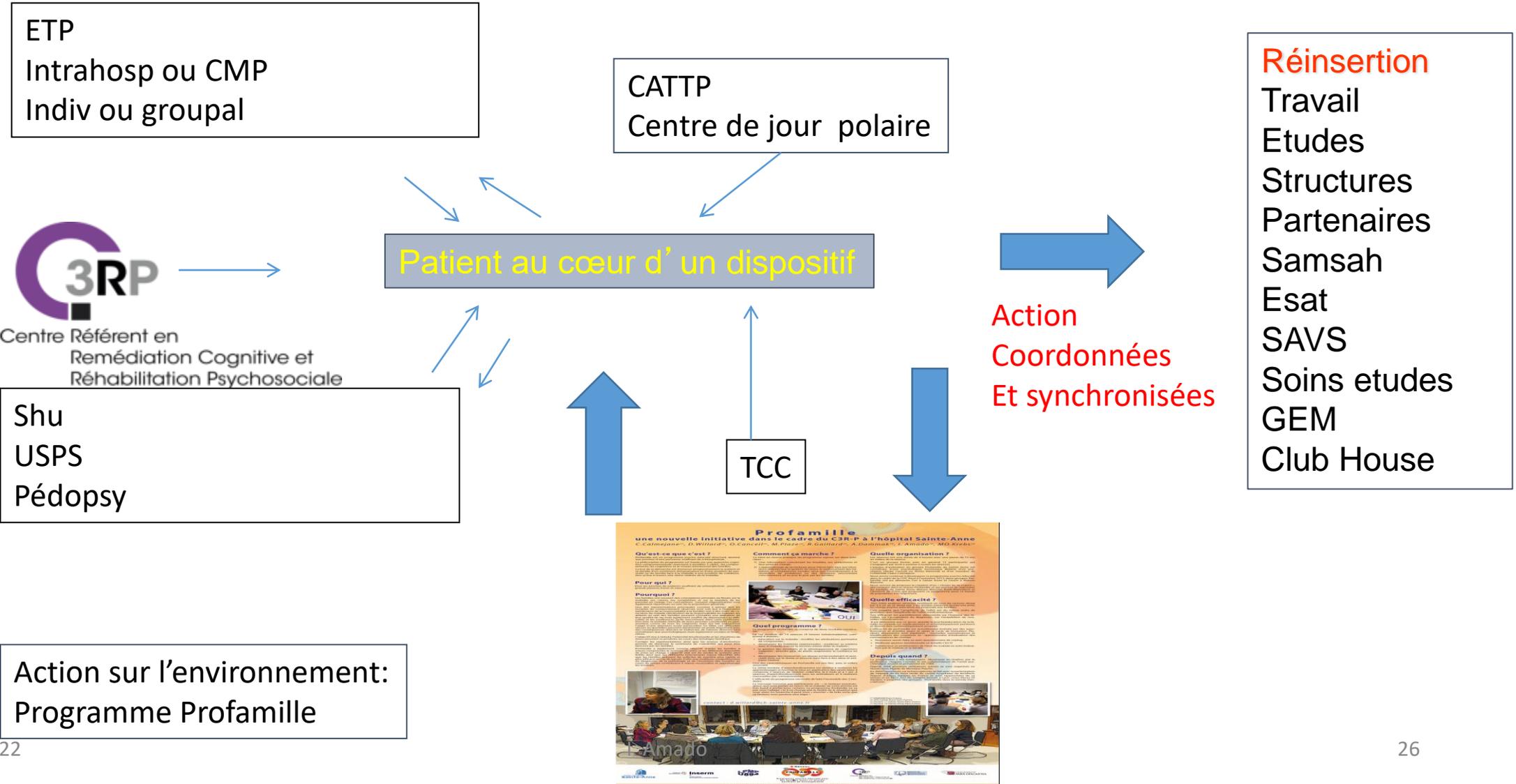
Transfert des acquis au quotidien

(Rigaut et al. Traité de réhabilitation 2018)



- **Travail autour du Jeu Mathurin** (ville virtuelle) qui peut être repris par des case manager de foyers de post cure, CATTP, Appart Relais
- Permet de **lier les exercices cognitifs à un enrichissement sur des tâches à domicile**, enrichi par du **Goal Management Training** qui améliore les F° exé et l'attention focalisée (Robertson, 1996, Levine 2000) ...
- Travail avec une personne support sur le lieu de vie du patient
- Particulièrement adapté au travail avec les aidants et avec les équipes de secteur infirmiers référents, éducateurs ou case manager
- **Manuel de CRT enrichi** : diffusion de la méthode sur Sainte Anne, en perfectionnement du CRT- **formation en 2020**

Les parcours intégratifs du soin et de la réhabilitation des structures en lien réguliers



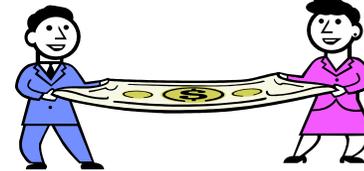
Remédiation Cognitive « incarnée » de l'activité physique adaptée /psychomotricité/ remédiation Neurocog- cog sociale et vice et versa (Kern et Marchetti 2018 - Ed Dunod)



Sous la direction de Laurence KERN, Éric MARCHETTI

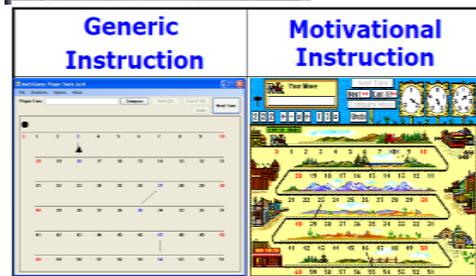
**Mettre en place un programme
d'activités physiques ludiques**
pour personnes ayant une psychose
ou un trouble du spectre autistique

- Descriptions cliniques
- Création de programmes
- Exemples de jeux



NEAR (Medalia,2002)

Groupale
Informatisée/TCC
M



SCIT(groupe)

Emotions
Perceptions
Biais de raisonnement



Actions

pensées ————— émotions

Just
ReBorn!

Le C3RP – 2022

Une continuité enfant-
adulte
pour assurer les périodes
de transition : l'UNITE
GAJA

PIRPANEA

Une unité évaluation et
emploi accompagné autisme
De l'adulte



Nos Partenaires sociaux et médico-sociaux

- Usagers:

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

- Partenaires sociaux

- avec Talents
- MDPH Paris

- Médico-social

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

« the secret sauce »

(Amado-Sederer - Psychiatric Services – column 2016)

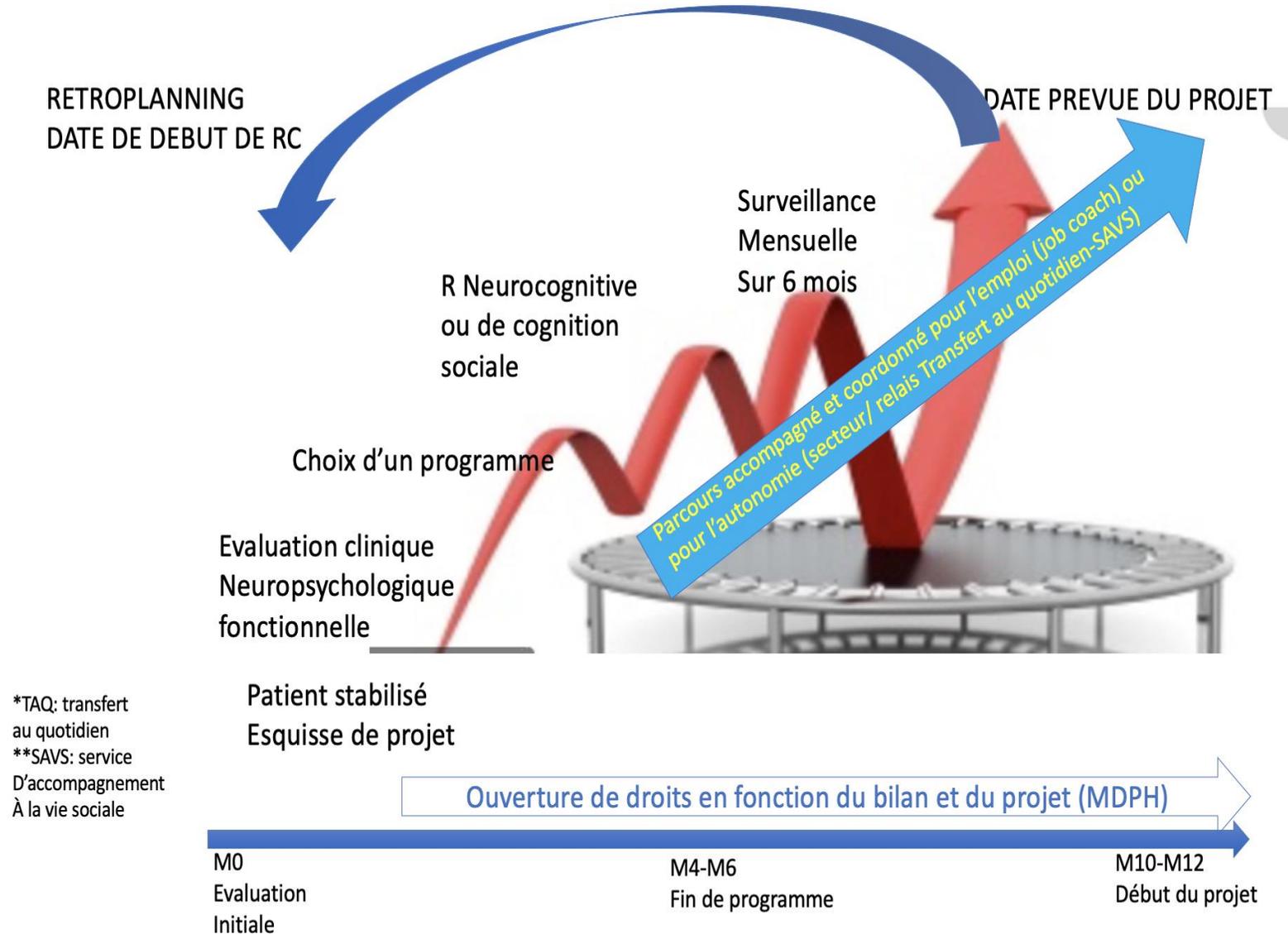
- Les difficultés cognitives : **un trait transnosographique**
- Le focus sur les fonctions cognitives permet **d'adopter une même clé** pour décrire des difficultés sur plusieurs dimensions **et jouer la même partition**
- Se coordonner autour d'un **projet de remédiation cognitive-réhabilitation**
- Nécessité d'un **coordinateur du parcours**
- Envisager une **trajectoire qui fait passer du soin à l'empowerment, pour le rétablissement**
- La psychiatrie de secteur **et ses liens sur le territoire sont un ferment idéal**

modèle tremplin pour le rétablissement

DES PROGRAMMES DE REMEDIATION

« TREMPLIN » POUR L'INSERTION ET L'AUTONOMIE

- Un parcours avec une chronologie Ajustée en fonction de l'échéance du projet
- des programmes sélectionnés en fonction Du profil cognitif
- une dynamique de parcours rythmée par L'accompagnement des case managers et job coachs (emploi accompagné)
- partenariats multiples social et médicosocial
- pour l'autonomie: application des acquis de la remédiation au quotidien



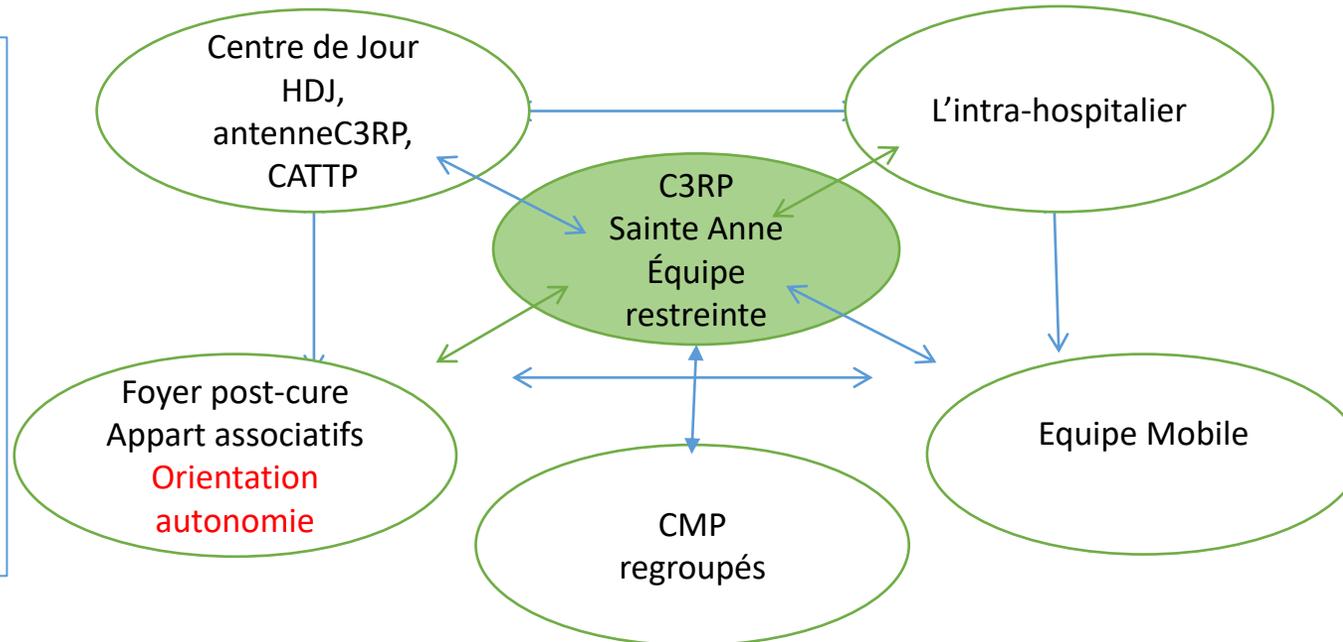
*TAQ: transfert au quotidien
 **SAVS: service D'accompagnement À la vie sociale

Articulation entre une plateforme de remédiation
cognitive
(C3RP)
et structures de secteur (pôle 15 addictologie: ex:
fusion des trois secteurs du 15ème
arrondissement- Paris)

Des unités intersectorielles (pôle 15ème) orientées vers la réhabilitation pour faire évoluer le secteur vers le territoire pour le rétablissement des unités en synergie et coordination

Assistante sociale dédiée
Pour fluidifier les parcours entre
Centre de réhabilitation
Structures sectorielles et
Structures
médicosociales

Des parcours formalisés

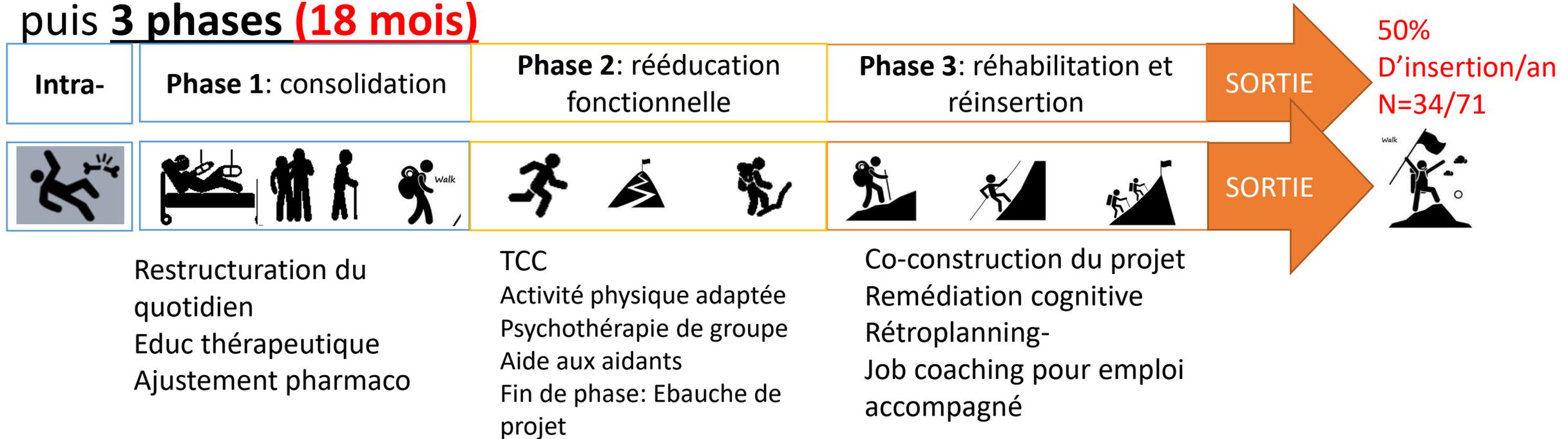


Des infirmiers formés de manière différenciés à la réhabilitation selon la structure et le profil des patients
Des case manager entre C3RP-Centre de Jour-Appartements associatifs-domicile pour des patients plus sévères

Hôpital de jour de réhabilitation-pôle 15: 50% de personnes insérées sur le territoire en 2016 et 2017

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

Lettre de cadrage de la DGOS (Janvier 2019)

- Travail en réseau qui englobe les acteurs du parcours de vie (acteurs éducatifs, sociaux et médico-sociaux) en soutien de l'autonomie, de l'insertion sociale et professionnelle, pour la mise en œuvre du projet global de réhab favorable au rétablissement.
- Les prises en charge doivent se faire le plus précocément possible. L'autisme fait partie des populations concernées
- Projet personnalisés co-construits avec le patient. Les proches doivent être impliqués
- Des programmes d'aide doivent exister pour les proches
- Des plateformes intersectorielles de réhab sont à encourager, tutorisées par des structures supports en lien avec l'ars.
- La plateforme territoriale de santé mentale doit pouvoir inclure ces dispositifs et leurs connexions avec les structures sociales et médicosociales du territoire

Conclusion

- Le modèle **du rétablissement est actuellement le « phare » guidant nos nouvelles pratiques de soins**
- Une amorce de transformation dans le nouvel ambulatoire et l'aller vers
- L'heure est aux équipes mobiles, coordinateur de parcours de soins, pairs aidants, chargés d'insertion et job coach pour l'inclusion sociale
- Des structures résolument orientées vers les thérapies psychosociales
- Nécessité d'évaluer et réévaluer régulièrement les patients en fonction des programmes délivrés, avec un jalonnement et différentes étapes, pour tendre vers cette réhabilitation **et rompre le rythme de la chronicité**
- Une coordination social / médicosocial indispensable, pour **donner la fenêtre temporelle d'action et rythmer le parcours de réhabilitation.**
- **Une organisation des soins au niveau national (lettre de cadrage 2019) qui promeut Réhab, formation des équipes, coordination socio-sanitaire, plateformes et centres support sur toutes les régions**

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Equipes du C3RP Pôle 15 - Pôle16

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

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

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

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



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

28/03/2022

The screenshot displays the C3RP website interface. At the top, there is a header with the C3RP logo and the text 'Centre Référent en Remédiation Cognitive et Réhabilitation Psychosociale' and 'Sainte-Anne'. Below the header, there is a navigation menu and a main content area with several news items. The items include: 'CINQUIÈME JOURNÉE DU C3RP : FÉVRIER 2016', 'FORMATION CRT COGNITIVE REMEDIATION THERAPY, MAI 2016', 'FORMATION IPT THERAPIE PSYCHOLOGIQUE INTEGREE, 23,24 ET 25 MARS 2016', 'QUATRIÈME JOURNÉE DU C3RP : 26 JUIN 2015, PARCOURS INTEGRATIF', 'TROISIÈME JOURNÉE DU C3RP 27 JUIN 2014', and 'VIDÉOS DE LA 2ÈME JOURNÉE DU C3RP'. The website has a purple and white color scheme.

38