

Journées Nationales des SESSAD
ANCREAI, CREAM Bretagne et Pays de la Loire
Nantes, 12 -14 novembre 2018

" Au cœur des transformations. Quelles contributions aux réponses territoriales dans une logique de parcours ? "

Déficiences Intellectuelles :

Les enseignements de
l'expertise collective INSERM

Vincent DES PORTES

Neuropédiatrie, CHU de Lyon, Université Lyon1

Centre de référence national « déficiences intellectuelles de cause rare »,

Institut des Sciences Cognitives, CNRS UMR 5304, Lyon,

Filière de Santé maladies rares « DéfiScience »



Le pôle « Expertises collectives »

L'Expertise collective Déficience Intellectuelle

Commanditaire : CNSA

(Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)

Décembre 2012

**« Comment améliorer l'accompagnement
et la prise en charge des personnes »**

Expertise collective de l'INSERM : déficiences intellectuelles

- Sous l'impulsion de l'UNAPEI et de l'Alliance Maladies Rares (Collectif DI)
- Commande de la CNSA (Commission Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie) en 2012.
- Constitution d'un fond documentaire de 2500 références.
- Groupe de travail de 12 « experts » francophones : psychologue, psychopédagogue, sociologue, généticien, neuropédiatre, épidémiologiste, neurobiologiste, + contributions externes : pédopsychiatre, oncologue, gériatre, psychologue de l'éducation...
- Document d'analyse : 1200 pages (disponible depuis le 11 mai 2016)
- Synthèse et recommandations, diffusées le 1^{er} mars 2016

Expertise collective de l'INSERM « déficiences intellectuelles »

Que dit-elle ? Que peut-elle apporter ?

- **1 million** de personnes concernées
+ 5 millions de parents, d'aidants familiaux et de professionnels
- La déficience intellectuelle est **accessible aux progrès de la science**
- **Messages prioritaires :**
 - Intervention précoce - tout au long de la vie
 - Santé et accès aux soins (somatiques ET psychiques)
 - Participation - autodétermination
- **Une boîte à outils.**
Langage commun. Repères méthodologiques. Propositions d'actions.
- **Des Centres Ressource DI ?**

Personne avec Handicap Intellectuel sujet de droit, pas objet de soins Autonomie / Autodétermination

Milanie Bata - Marie-Claire Haelewyck

**Un changement de regard !
Un défi à relever pour tous !
Des conditions nécessaires...**

UMONS
Université de Mons

Centre de Recherche
en Santé et Bien-être

Personne
FRANCE

Centre de Recherche
en Santé et Bien-être

C.H.U.
Sart Tilman

OSMA

UMONS
Université de Mons

Pr Marie-Claire Haelewyck

Défis actuels à l'issue de l'expertise INSERM

Droits Fondamentaux



Loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

11 février 2005



Avancée des Connaissances

Expertise collective de l'INSERM « Déficiences Intellectuelles »



Mars 2016

Comment mettre en pratique les **connaissances scientifiques** ?
Comment **lever les obstacles**
et permettre une **autodétermination effective** ?

Déficiência Intellectuelle

Disability (*Robert & collins*) : **incapacité / invalidité / désavantage / handicap**

AAIDD, 11th edition, 2010

DSM-5, 2013

1. Compétences Intellectuelles déficitaires (QI < 2 écarts types, 70)

Raisonnement logique, pensée abstraite, jugement,
Impact sur le langage, les apprentissages scolaires.

2. Comportement adaptatif limité (< 2 écarts types)

Habiletés conceptuelles, sociales et pratiques

3. Apparition pendant la période de développement (< 18 ans)

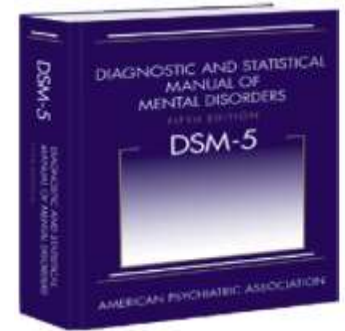
Handicap mental / Handicap intellectuel

Trouble du Développement Intellectuel : TDI (*CIM 11*)

Troubles du neurodéveloppement

« neurodevelopmental Disorders »
Diagnostic and Statistical Manual-5th Edition

défaut de développement des compétences
cognitives attendues lors du développement
psychomoteur et affectif de l'enfant



2013

Troubles neurodéveloppementaux

Déficiences
intellectuelles

Troubles de la
communication

Troubles du
spectre de
l'autisme

Déficits
attentionnels/
hyperactivités

Troubles
spécifiques de
l'apprentissage

Troubles
moteurs

Autres troubles
neuro-
développementaux

Troubles du Neuro Développement : TND (DSM-5)

ENVIRONNEMENT interaction

**Troubles spécifiques
des apprentissages scolaires**

Dyslexie dysorthographe
Dyscalculie

Troubles
mnésiques

TDI

Tr. du Développement
Intellectuel
Déficiency / handicap
Intellectuel (mental)

Troubles
dysexécutifs

TDAH

Trouble Déficit d'Attention
Hyperactivité

30 à 40 %
TSA avec TDI

TSLO

Tr. spécifique du Langage oral :
Dysphasie, Tr. communication
(Tr. parole/ bégaiement)

Surdité

TSA

Trouble du Spectre
de l'Autisme

Basse
vision

TDC

Trouble développemental
de la coordination :
Dyspraxies, TAC
(stéréotypies, tics)

handicap
moteur

Apprentissages / Adaptation
Régulation socio-émotionnelle

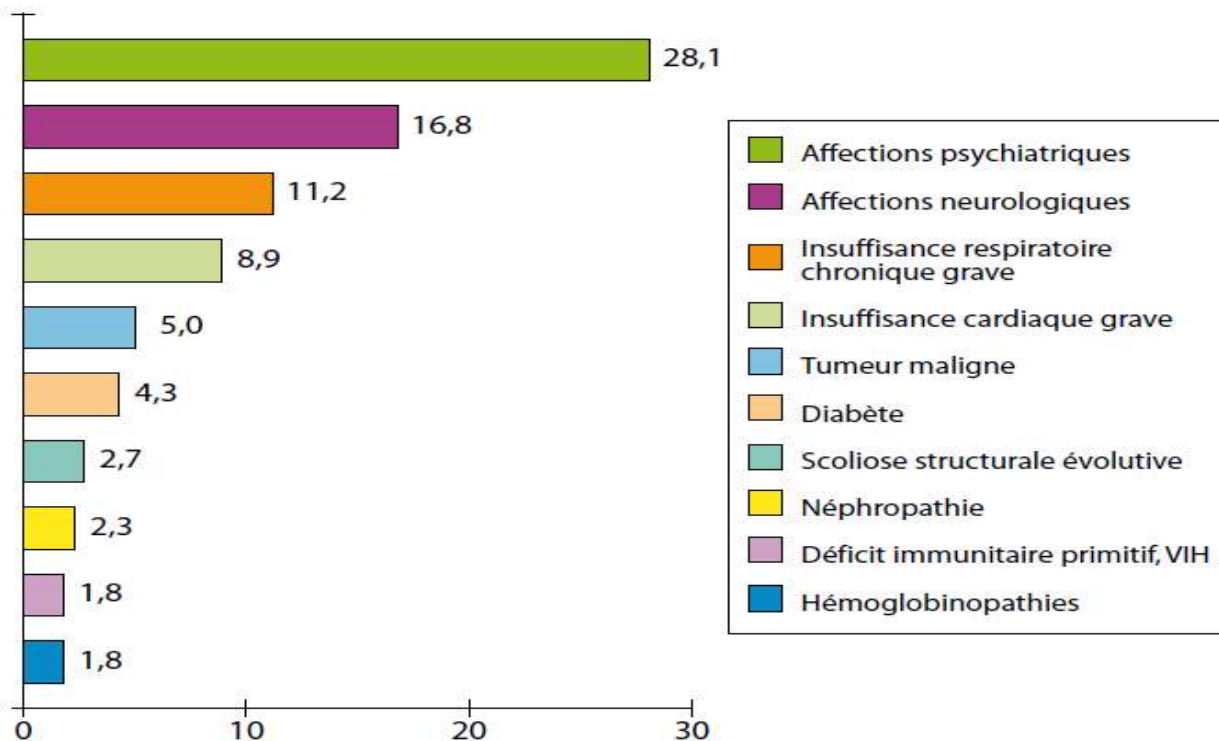
épilepsie

tr. sommeil
alimentation

anxiété
dépression
TOC/TOP

Mdies psychiques
Schizophrénie
Tr bipolaire

ALD les plus fréquentes chez les enfants
(% parmi l'ensemble des ALD des moins de 15 ans)
Données du régime général au 31 octobre 2004



Source : Maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants en ALD.
Neuropédiatrie CHU Bicêtre APHP, INSERM U 822 - CNAMTS-DSES

Répartition et taux des principales maladies psychiatriques des enfants et adolescents de moins de 15 ans en affection de longue durée au 31 octobre 2004 pour le régime général (caractéristiques d'âge et de sexe)

Intitulé de l'affection (code CIM-10)	Effectif (N)	Taux pour 100 000 enfants	Sexe		Age moyen à la déclaration d'ALD (ans)	Décès en 2005 (N)
			Garçons %	Filles %		
Retard mental (F70 à F73, F78, F79)	15 215	143,2	60,6	39,4	3,9	34
Troubles du développement (F80 à F84)	9 963	93,8	75,5	24,5	5,1	3
Troubles de la personnalité (F60)	8 778	82,6	71,9	28,1	6,4	2
Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels (F92)	6 158	57,0	73,3	26,7	6,6	1
Psychose non organique (F29)	912	8,6	73,4	26,6	6,1	1
Episode dépressif (F32)	589	5,5	59,3	40,7	9,2	0
Troubles anxieux (F (F41)	512	4,8	64,3	35,7	7,6	0
Total	42 127	395,5	68,6	31,4	5,3	41

Source : Maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants en ALD. Neuropédiatrie CHU Bicêtre APHP, INSERM U 822 - CNAMTS-DSES

DI : un trouble du neurodéveloppement fréquent

Prévalences

DIL (légères) : 1 % à 1,8 %

DIS (sévères) : 0,3 à 0,4 %

Références	Pays et zones étudiés	Recueil de la population	Nombre enfants avec DIL Âge	Seuil QI	Prévalence %
David et coll., 2014	France, département de l'Isère	MDPH ^a et commissions d'orientation scolaire	267 enfants 11 ans	46-77	18,0 [15,6-19,9]
Obi et coll., 2011	États-Unis Atlanta	Sources de données santé et éducation Test QI et échelle capacités adaptatives	832 enfants 8 ans	50-70	6,1 [5,7-6,5]
Chapman, et coll., 2008	États-Unis, habitants de Floride	Établissements scolaires publics	5 671 enfants 12-14 ans	50-70	17,3 [16,9-17,8]
Simonoff et coll., 2006	Royaume-Uni Arr. Croydon Londres	15 sur 22 écoles locales (y compris spécialisées)	2 726 élèves avec <i>Cognitive Ability Test</i> , dont 204 avec un QI 12-13 ans	50-70	83 [14-153]
Stromme et Valvatne, 1998	Norvège, <i>Akershus county</i> (9,5 % de la population) (30 037 enfants nés entre 1980-1985)	Institutions spécialisées dans troubles de l'apprentissage	105 enfants 8-13 ans	50-70	3,5 [2,8-4,2]
Femell, 1996	Suède, habitants de Botkyrka (faible niveau socio-économique)	Commission administrative et éducative, et services cliniques	82 enfants 9-15 ans	50-72 + aide spéciale à l'école	12,8 [10,2-15,9]

Références	Pays et zones étudiés	Méthode	Nombre enfants avec DIS Âge	Prévalence
van Bakel et coll., 2014	4 régions en Europe (IE, IS, FR, LV) ^b	Registres ou bases de données administratives	6 à 8 ans	de 3,0 à 5,1
Obi et coll., 2011	États-Unis, Atlanta	Sources de données santé et éducation Test QI et échelle capacités adaptatives	514 enfants avec DIS 8 ans	3,8 [3,5-4,1]
Rey et coll., 2010	France, région Rhône-Alpes	Données de registre	345 enfants avec DIS 7 ans	3,0 [2,7-3,3]
Chapman et coll., 2008	États-Unis, habitants de Floride	Établissements scolaires publics (analyse d'une base de données santé publique)	1 440 enfants avec DIS 12-14 ans	4,4 [4,2-4,6]
Rumeau-Rouquette et coll., 1997	France, 3 départements	Enquête auprès des CDES ^a	1 161 enfants avec DIS 7-17 ans	3,6 [3,4-3,8]
Stromme et Valvatne, 1998	Norvège, <i>Akershus county</i>	Institutions spécialisées dans les troubles des apprentissages	80 enfants avec DIS 8-13 ans	2,7 [1,7-3,8]

^a CDES : Commission départementale de l'éducation spéciale ; ^b IE : Irlande ; IS : Islande ; FR : France ; LV : République de Lettonie

1,3 à 2,2% : environ 1 million (0.8 à 1.4) en France

Déficiência Intellectuelle

Cinq Postulats

D'après AAIDD, 11th edition, 2010

1. Les limitations du fonctionnement intellectuel prennent en compte **l'environnement linguistique et culturel** de la personne
2. Une **évaluation valide** prend en compte les capacités et incapacités sensorimotrices, comportementales et de communication
3. Les limitations coexistent avec les **forces**
4. La **description des limitations** est nécessaire pour déterminer les **besoins de soutien** requis
5. Si la personne reçoit un **soutien adéquat et personnalisé** sur une période soutenue, son fonctionnement **devrait s'améliorer**

Tests Psychométriques

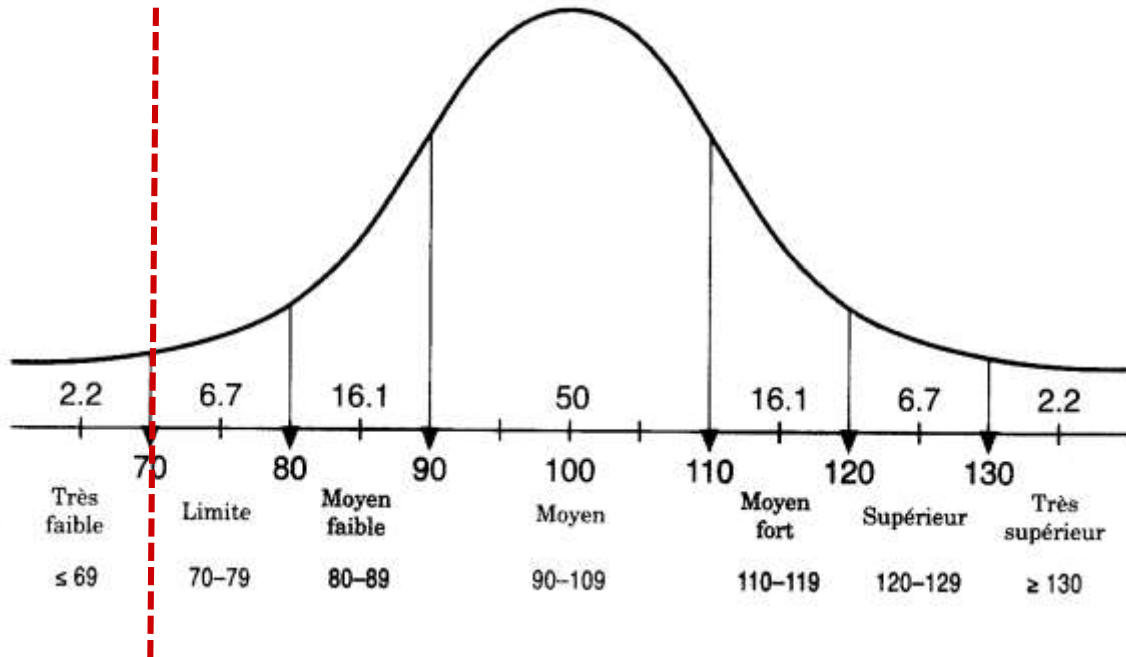


David Wechsler

QI moyen = 100 avec ET = 15

moyenne = **85 - 115**

Courbe de normalité



- **WPPSI IV**

2 ans 6 mois – 7 ans

- **WISC V**

6 ans 3 mois – 16 ans 11 mois

- **WAIS IV**

16 ans - ...



Tests psychométriques



David Wechsler

Etudient les capacités de raisonnement !

WISC-V

QI Total
Combinaison
de 7 tests

Compréhension
Verbale
ICV

Traitement
Visuospatial
IVS

Raisonnement
Fluide
IRF

Mémoire de
Travail
IMT

Vitesse de
Traitement
IVT

Similitudes
Vocabulaire
Information

Compréhension

Cubes
Puzzles visuels

Matrices
Balances
Arithmétique

Mémoire
Chiffres
Mémoire
images
*Séquence lettres
chiffres*

Code
Symboles
barrage

Nom et prénom :

.. Sexe : *Max.*

Etablissement :

Age :

Psychologue : ...

..... Classe : *6^e*

Redouble

WISC-III™

Echelle d'Intelligence de Wechsler
pour Enfants - 3^e édition

Subtests	Notes brutes	Notes standard				
		Verb.	Perf.	CV	OP	VT
Complètement d'images	14		02		02	
Information	15	08		08		
Code	51		08			08
Similitudes	12	07		07		
Arrangement d'images	12		02		02	
Arithmétique	19	09				
Cubes	23		02		02	
Vocabulaire	27	08		08		
Assemblage d'objets	12		01		01	
Compréhension	16	07		07		
(Symboles)			()			
(Mémoire des chiffres)	15	(10)				
(Labyrinthes)			()			
Somme des notes standard		39	15	30	07	
Note à l'Echelle Totale		54				

	Années	Mois	Jours
Date de passation	00	11	30
Date de naissance	87	07	24
Age	13	03	

	Note	QI/ Indice	%ile	% de l'intervalle de confiance
Verbal	39	96	18	87 - 93
Performance	15	57	0,2	54 - 59
Total	54	88	2	54 - 75
Comp. Verb.	30	85	16	80 - 92
Org. Percep.	7	53	0,1	51 - 66
Vit. de Trait.				-

Degrés de sévérité de déficience intellectuelle

Basés sur les tests psychométriques

Classification Internationale des Maladies
(CIM-10; OMS 1993 – 2006)

Tableau 1.1 : Classification des niveaux de gravité de la DI

Niveau de gravité de la DI	DSM-IV-TR en termes de QI	CIM-10 en termes de QI (âge mental)	En général en termes d'écarts-types
Léger	50-55 à 70	50 à 69 (11-16 ans)	Entre -2 et -3
Moyen	35-40 à 50-55	35 à 49 (6-9 ans)	Entre -3 et -4
Grave	20-25 à 35-40	20 à 34 (3-6 ans)	Entre -4 et -5
Profond	Inférieur à 20-25	Inférieur à 20 (- 3 ans)	Inférieur à -5

- QI difficile à calculer autour de 70 : marge erreur; dissociations
- Test de Weschler inadapté pour QI < 45
- QI ne reflète pas le fonctionnement dans l'environnement

Limitations du fonctionnement adaptatif

Évalué à l'aide d'échelles validées

Habiletés adaptatives :

- Conceptuelles (langage, lecture et écriture, argent, temps, etc.)
- Sociales (relations interpersonnelles, responsabilité sociale, évitement de la victimisation, etc.)
- Pratiques (vie quotidienne, sécurité, santé, transport, etc.)



Dia empruntée à Yannick COURBOIS



Evaluation du fonctionnement adaptatif

La VABS II (*Vineland Adaptive Behavior Scale*)

4 domaines

11 sous-domaines

Communication

Vie quotidienne

Socialisation

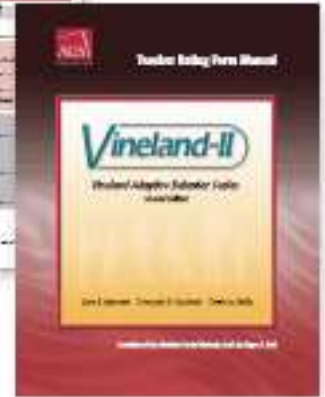
Motricité

Ecouter et comprendre
Parler
Lire et écrire

Prendre soin de soi
S'occuper de son domicile
Vivre dans la communauté

Contact avec les autres
Jouer et utiliser son temps libre
S'adapter

Motricité globale
Motricité fine



Vineland-II

Dia empruntée à Yannick COURBOIS

La VABS II (*Vineland Adaptive Behavior Scale*)

Des catégories de contenu

433 items

Comprendre
Ecouter et être attentif
Suivre les consignes

Expression pré-langagière
Début du langage
Communication interactive
Compétences langagières
Expression d'idées complexes

Début de la lecture
Compétences en écriture
Suivre les consignes

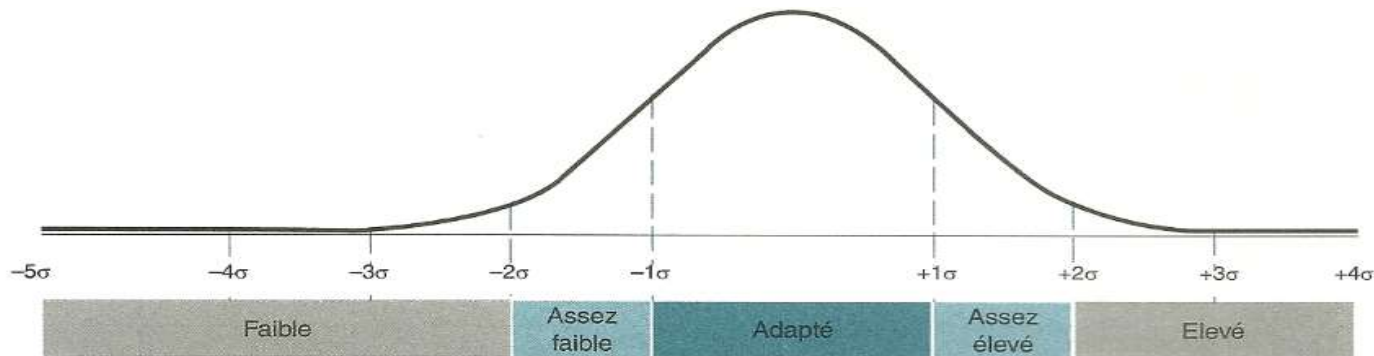
Item 10. Suit les consignes comprenant une action et un objet (par exemple, « Apporte-moi le livre », « Ferme la porte », etc.)

Item 12. Suit des consignes faisant intervenir deux actions ou une action et deux objets (par Exemple : « assieds-toi et mange », « apporte-moi les crayons et le papier », etc.).

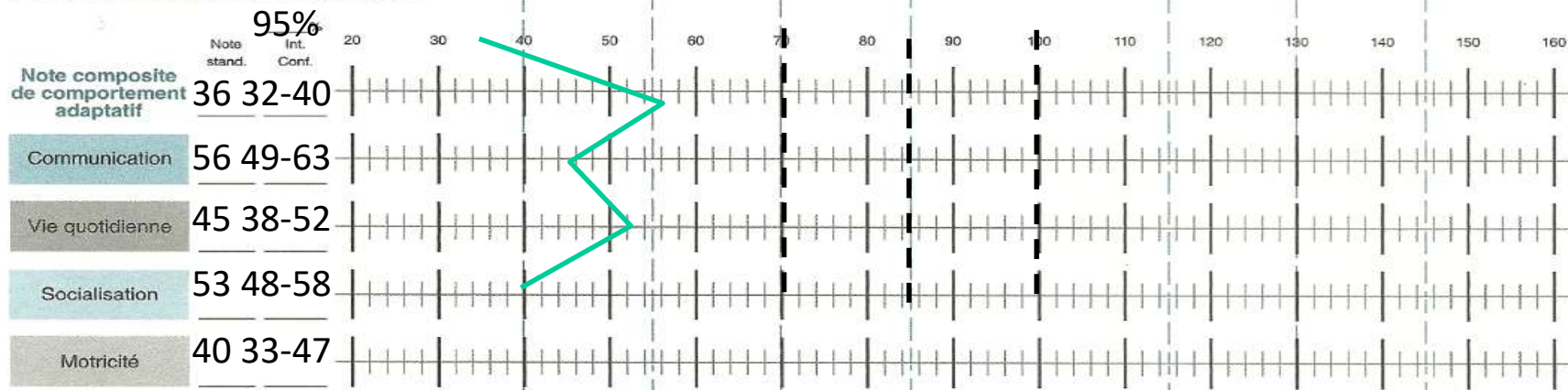
Item 13. Suit les consignes de la forme « si-alors ». Par exemple, « si tu veux jouer dehors, alors range tes affaires », etc.).

Item 16. Suit des consignes en trois parties (par exemple, « brosse toi les dents, habille-toi et fais ton lit », etc.)

Exemple de Profil de comportement adaptatif



Profil des notes de domaines



-2 ET -1 ET Moyenne

Déficience intellectuelle légère

Selon la CIM-10 : $50 < QI < 70$

DSM-5

Gravité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Léger	... La personne a une manière plus pragmatique de résoudre des problèmes et de trouver des solutions que ses pairs du même âge...	... La personne a une compréhension limitée du risque dans les situations sociales; a un jugement social immature pour son âge...	... La personne occupe souvent un emploi exigeant moins d'habiletés conceptuelles...
Modéré			
Grave			
Profond			

Le degré de déficience ne se base plus sur le seul QI
Mais sur les habiletés dans la vie quotidienne ++

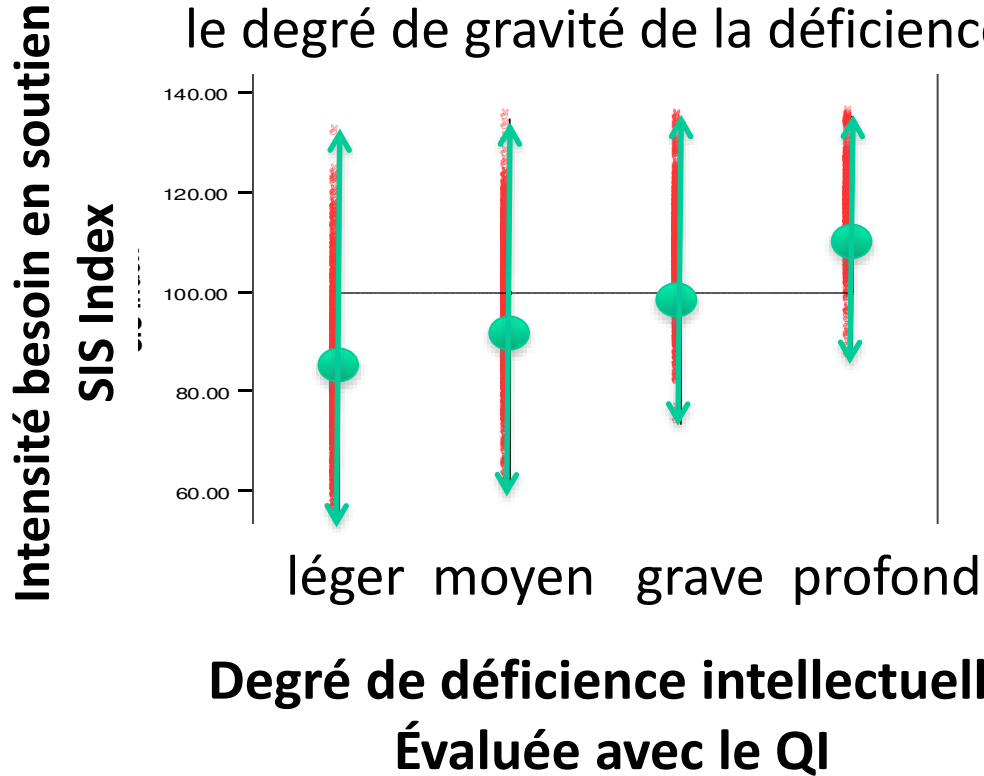
Déficience intellectuelle grave

Selon la CIM-10 : $20 < QI < 35$

Gravité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Léger			
Modéré			
Grave	La personne a généralement une compréhension limitée du langage écrit ou de concepts faisant appel aux nombres, quantités, au temps et à l'argent...	Le langage parlé est relativement limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire...	La personne a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne, y compris pour prendre ses repas, s'habiller, se laver et utiliser les toilettes....
Profond			

Sévérité en fonction de l'intensité des soutiens (AAIDD)

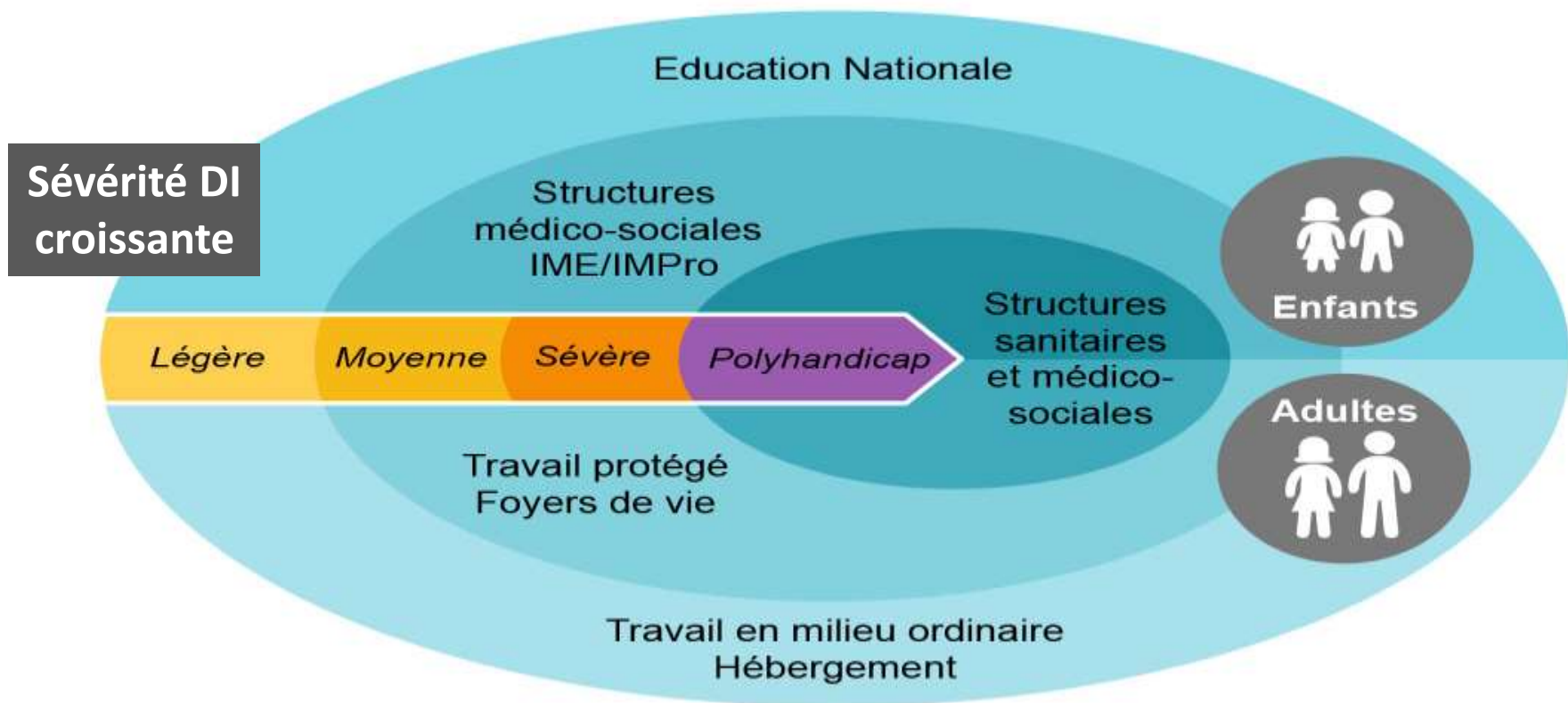
Relation entre l'intensité des besoins de soutien et le degré de gravité de la déficience intellectuelle



Buntinx, 2010

Dia empruntée à
Yannick COURBOIS

Grande diversité de la population Déficiante Intellectuelle



Des contextes cliniques variés de repérage et dépistage

- ✓ **Diagnostic prénatal** : trisomie 21; échographies : malformations cérébrales / autres organes.
- ✓ **Dépistage néonatal systématique** : Phénylcétonuries; Hypothyroïdie congénitale; extension à d' autres pathologies en débat.
- ✓ **Suivi des populations vulnérables** :
 - Nouveau-nés prématurés, ou ayant eu des signes d' anoxie périnatale
 - Nouveau-nés exposés pendant la grossesse à un agent infectieux, un toxique (alcool, antiépileptique...) ou une pathologie maternelle (dysthyroïdie)
 - Anomalie cérébrale de pronostic incertain sur échographies prénatales

En France, suivi organisé des nouveau-nés prématurés ;
mais aucun suivi systématique organisé pour d' autres populations à risque :
Ex. exposition toxique / anomalies cérébrales de pronostic incertain

- ✓ **Des signes d' appels à la naissance** : malformation, hypotonie, convulsions, etc...
- ✓ **Décalage dans le développement psychomoteur d' un enfant sans facteur de risque personnel ou familial**
= situation clinique la plus fréquente +++

Le type de signe d'appel et l'âge du repérage dépendent du degré de déficience

- Déficience sévère à profonde : dès les premières semaines
hypotonie, mauvais contact oculaire, absence de sourire réponse
- Déficience modérée : entre un et cinq ans
retard de langage, retard de marche, hyperactivité, agressivité
- Déficience légère : en école élémentaire, voire au collège
échec scolaire, voire troubles des conduites ou dépression à l'adolescence

Gillberg. In A clinical Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, 2005
Einfeld et Emerson. In Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 2008
Moeschler et al., Curr Opin Neurol. 2008
Patel et Merrick, In Neurodevelopmental Disabilities, 2011

Qui alerte ?

- **Les parents, un proche, un professionnel petite enfance :**

premiers à repérer décalage du développement psychomoteur, avant 2 ans

Lemcke et al., J Autism Dev Disord. 2013 ;

Bolton et al., J Am Acad child Adol Psychiatry , 2012

- **Premiers signes d' inquiétude :**

459 questionnaires ouverts renseignés par les parents d' enfants autistes

87 % des parents avaient repéré un problème chez leur enfant avant d' être alertés par un professionnel

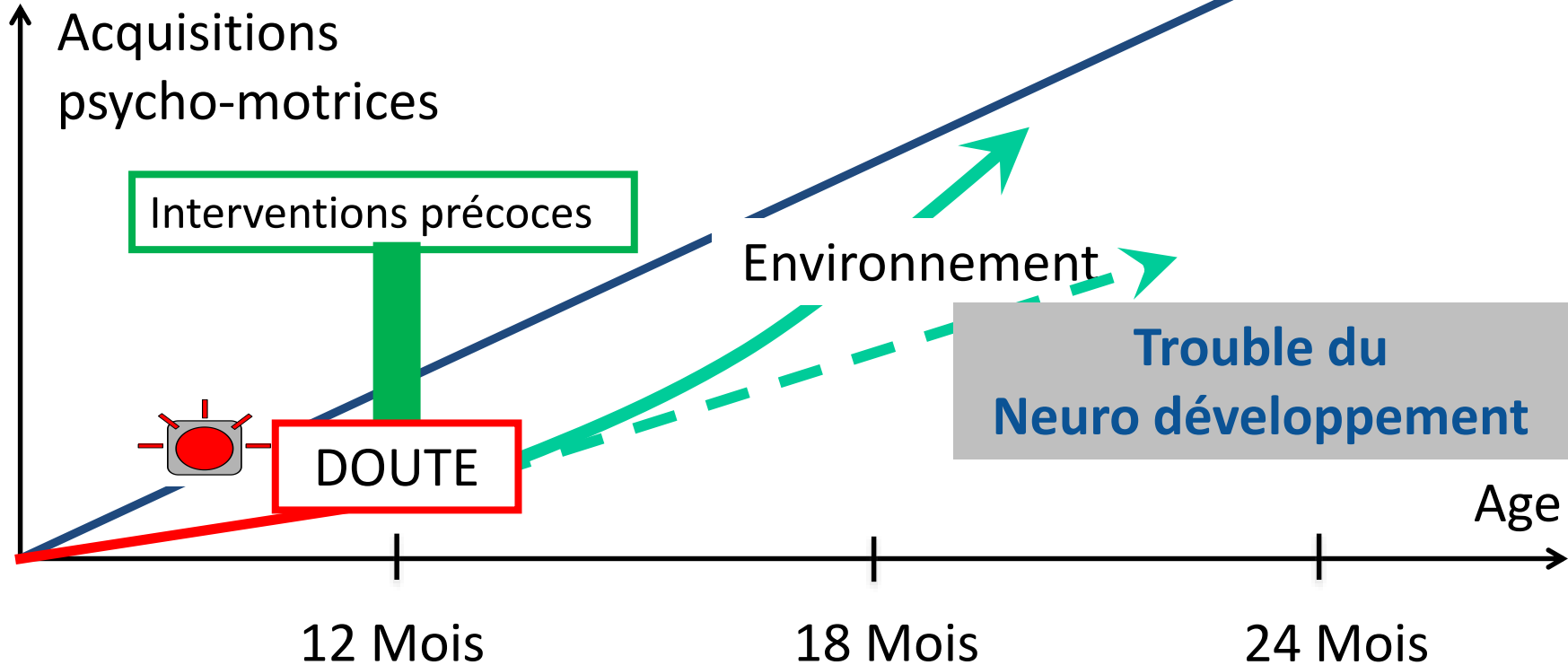
Guinchat, et al., Research in Autism Spectrum Disorders 2012

⇒ Le doute d' un parent concernant le développement de son enfant doit donc être pris au sérieux.

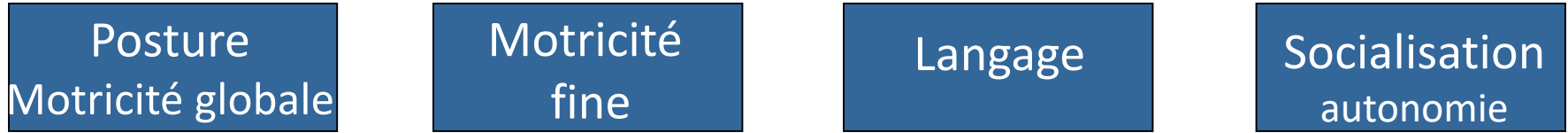
Lemcke et al., J Autism Dev Disord. 2013

Ne pas banaliser le doute d' un parent !

Simple variante du développement ou Trouble du Neuro-Développement ?



Retard de développement psychomoteur



RETARD DANS **PLUSIEURS** DOMAINES

DIAGNOSTIC DYNAMIQUE

stimulation appropriée, alliance avec la famille
correction des troubles sensoriels (audition, vision)
rééducation (psychomotricité, orthophonie...)

COMPETENCES **PEU** OU **PAS** MOBILISABLES

Trouble du neurodéveloppement ?

Quel type de trouble ? Retard Global ou troubles Spécifiques ?

Pas urgent...

Les conditions de réalisation du projet de vie :

CONNAITRE LES COMPETENCES et les FRAGILITES

de la personne et de son environnement

Evaluation médicale somatique

Examen somatique

Examen clinique complet
Examen neurologique
Orthopédie / Motricité
Nutrition / croissance (IMC)
Comportement alimentaire
Evaluation de la **douleur**

Diagnostic étiologique

IRM cérébrale
Tests Génétiques

Pathologies associées

Audition
Vision / oculomotricité
Sommeil
Epilepsie
soins dentaires
Suivi gynécologique

Cardiologie/ endocrinologie

Gastroentérologie,
ORL, stomatologie,
Néphrologie, immunologie

Santé des personnes avec handicap intellectuel : Un terrible paradoxe

Problèmes de santé

Accès
aux soins



Difficulté d'accès aux services de soins primaires

- **PLUS** d'Hospitalisations en urgence
- Hospitalisations **PLUS LONGUES** (*Krahn, et al., 2010*)

Iacono et al. *BMC Health Services Research* 2014, **14**:505
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/505>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

A systematic review of hospital experiences of people with intellectual disability

Teresa Iacono^{1*}, Christine Bigby², Carolyn Unsworth³, Jacinta Douglas⁴ and Petya Fitzpatrick²

Conditions d'hospitalisation de personnes avec DI

Revue de 16 études qualitatives (119 questionnaires)

- 88 % ne recevaient pas les médicaments corrects
- 39 % ne pouvaient accéder aux toilettes
quand ils le demandaient

Obstacles

d' accès aux soins des personnes avec DI

(Kwok et Cheung, 2007 ; Belorgey, 2009 ; Unapei, 2013).



Environnement

Professionnels :

- pas de temps
- pas formés

Structures :

- Accessibilité des **locaux**
- Accessibilité de l' **information**
- Organisation et coordination

Facteurs individuels

- capacités de **communication**
audition, compréhension expression
- expression de la **douleur**
- troubles du **comportement**
- **crainte** des soins médicaux
- **mobilité** réduite (polyhandicap)
- **précarité** socio-économique

Facilitateurs

Actions qui ont fait leur preuve



1. Bilans de santé systématiques (Royaume Uni, Australie)

Lennox et al., 2011 ; Robertson et al., 2011

Revue de 48 publications (*Robertson et coll., Res Dev Disabil, 2014*)

➤ **5 000 personnes avec DI**

Taux de pathologies non connues : 51 % à 94 % (2 à 5 pathologies / patient)

Pathologies dépistées très variées :

bouchon de cérumen (baisse audition), problèmes cutanés, constipation, hypothyroïdie, hypertension artérielle, cancers divers, épilepsie / surdosages antiépileptiques.

- **Actions thérapeutiques** : oncologie, pose pacemakers, dosages médicaments
- **Actions de prévention** : dépistage troubles sensoriels / cancer, vaccinations, soins dentaires

Facilitateurs

Actions qui ont fait leur preuve



2. Formation des professionnels de santé

Réticence des médecins au déploiement de bilans de santé : par méconnaissance des particularités des soins des personnes avec DI (*Robertson et coll., 2011*)

Guides de bonne pratique de suivi médical des personnes avec DI

International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities : IASSID
recommandations comité international d'experts (*Lennox, 2002*)

Australie, 2006 : Guide en ligne pour médecins généralistes
Ministère de la Santé (*NSW Health, 2006*)

- **recommandations** de IASSID + **carnet** de suivi
- conseils pour **communiquer** et obtenir le **consentement** aux soins



Documents accessibles aux personnes avec DI
rédigés en **FALC** (Facile A Lire et à Comprendre)

Facilitateurs

Actions qui ont fait leur preuve



3. Coordination du parcours de santé

Royaume-Uni, **Concept de *case management*** : pays pionnier en Europe
inscrit dans la loi (*National Health Service and Community Care Act, 1993*)

Recrutement **infirmières de liaison / hôpitaux** (*learning disability nurse*)

France, **coordination accès aux soins pour les personnes handicapées**

- Haute Autorité de Santé (HAS, 2009)
- Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH, 2010)
- Ministère de la Santé (Jacob, 2013)
- ANESM (avril 2017) : Guide Handicap, problèmes somatiques.

Coordonnateurs ou Référents du Parcours de Santé

(Rapport P Jacob, 2013)

«professionnel de santé ou autre professionnel travaillant au sein d'une équipe intégrant des professionnels de santé, et exerçant spécifiquement cette fonction»

Facilitateurs

Actions qui ont fait leur preuve



4. Centres de Ressources DI

Royaume-Uni : 350 « Community Learning Disability Teams »

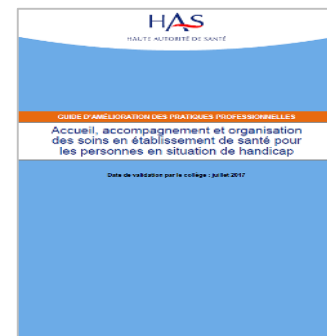
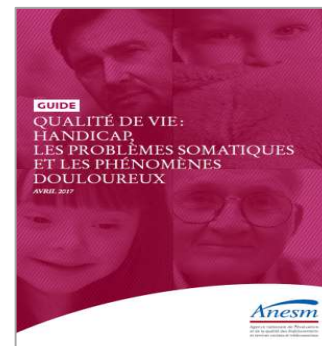
Tout le territoire, pour personnes avec DI modérée à profonde (*Balogh et al., 2008*)

Objectifs de ces centres ressources (*Slevin et coll., 2008*) :

- **Facilitation** de l'accès aux services de soins de **première ligne**
- **Formation** des médecins **généralistes**
- **Facilitation** de l'accès à un **spécialiste**
- **Coordination** des soins avec les centres de soins et services sociaux
- **Education thérapeutique** aux patients et aux familles

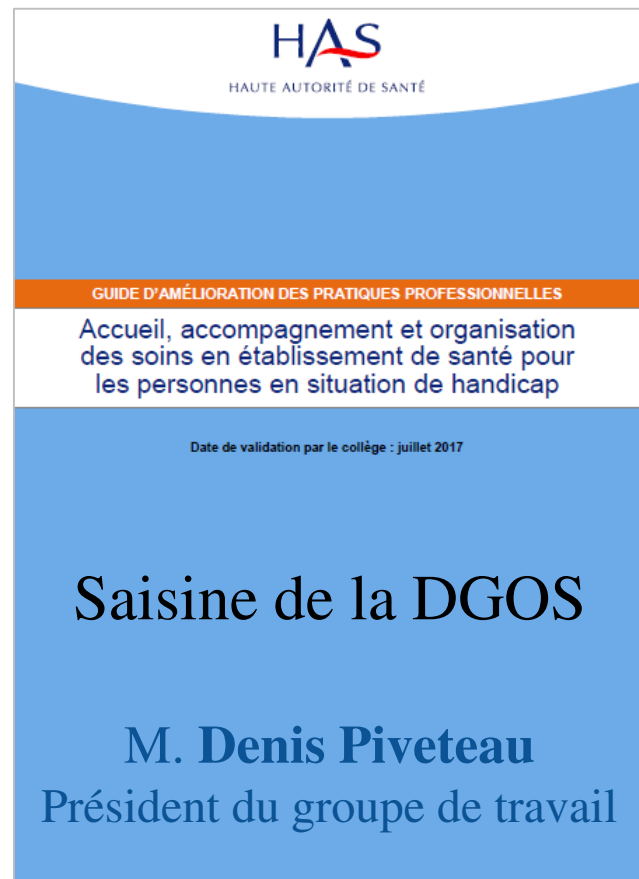
En France... pas de CRDI / autres dispositifs d'appui ?

2008 – 2017 : de nombreux rapports



- **carence d'accès aux soins des personnes en situation de handicap**
- **pistes concrètes d'amélioration**

2018 : l'action c'est maintenant !



HAS : 5 points essentiels

OBJECTIF 1

Assurer la qualité et la continuité du parcours de santé de la personne en situation de handicap



Référents Handicap, équipes mobiles, professionnels exercice mixte



Equipe de pilotage pluri-professionnelle avec représentants usagers

Chaque établissement « vivement invité » ou critère d'accréditation ?

Les conditions de réalisation du projet de vie :

CONNAITRE LES COMPETENCES et les FRAGILITES de la personne et de son environnement

Evaluation médicale

somatique

Examen somatique

Examen clinique complet
Examen neurologique
Orthopédie / Motricité
Nutrition / croissance (IMC)
Comportement alimentaire
Evaluation de la **douleur**

Diagnostic étiologique

IRM cérébrale

Tests Génétiques

Pathologies associées

Audition
Vision / oculomotricité
Sommeil
Epilepsie
soins dentaires
Suivi gynécologique

Cardiologie/ endocrinologie

Gastroentérologie,
ORL, stomatologie,
Néphrologie, immunologie

Facteurs de causalité des Déficiences Intellectuelles

Neurobiologie Environnement

DI modérée / sévère
« organique »

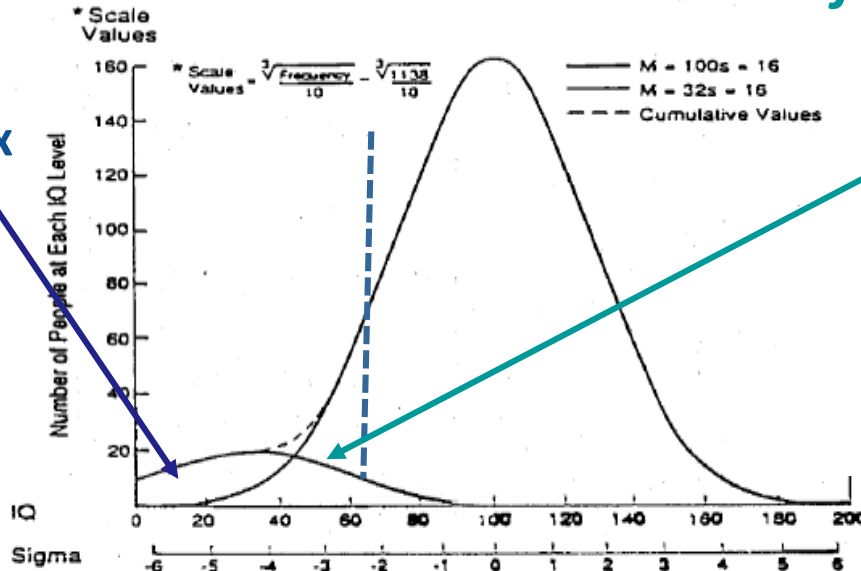


DI Légère
« familiale ou culturelle »

Atteinte du système nerveux

Etiologies :

- toxique,
- infectieuse,
- traumatique
- génétique



vulnérabilité
Cognitivo-psycho-sociale

Facteurs étiologiques :

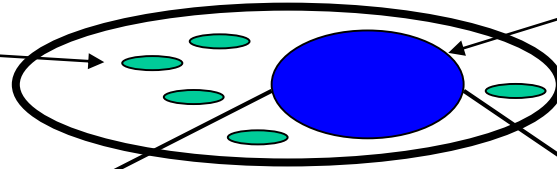
- troubles psycho-affectifs
- carence de stimulation
- patrimoine génétique
- précarité sociale

La révolution génétique : du caryotype au séquençage du génome

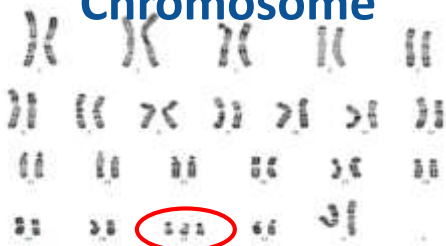
ADN mitochondrial
(dans les mitochondries)

Cellules nucléées

ADN nucléaire

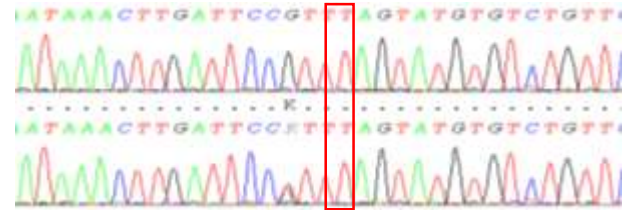


Cytogénétique
Chromosome



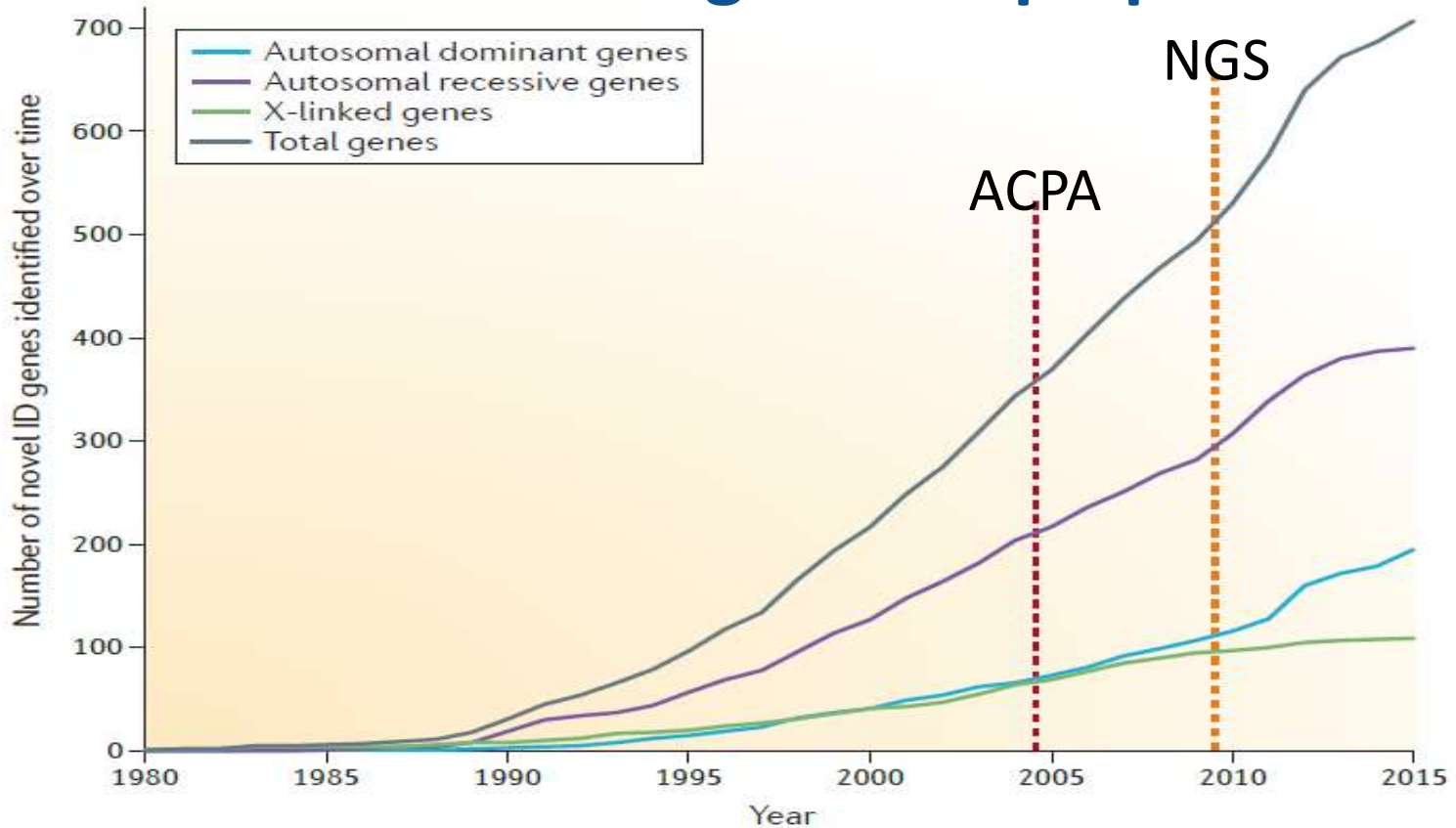
Caryotype

Génétique moléculaire
ADN



Séquence

Evolution du nombre de gènes impliqués dans la DI



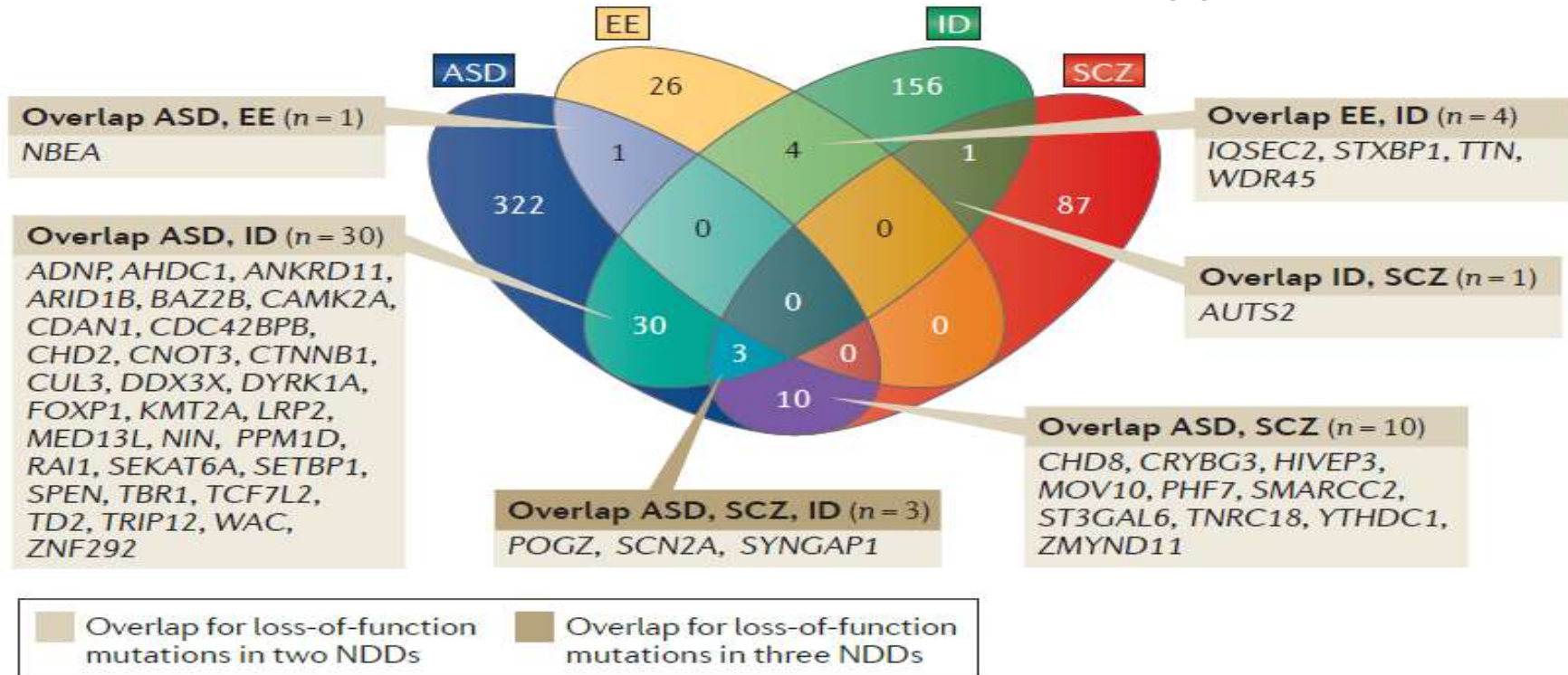
Genetic studies in intellectual disability and related disorders

Lisenka E. L. M. Vissers¹, Christian Gilissen¹ and Joris A. Veltman^{1,2}

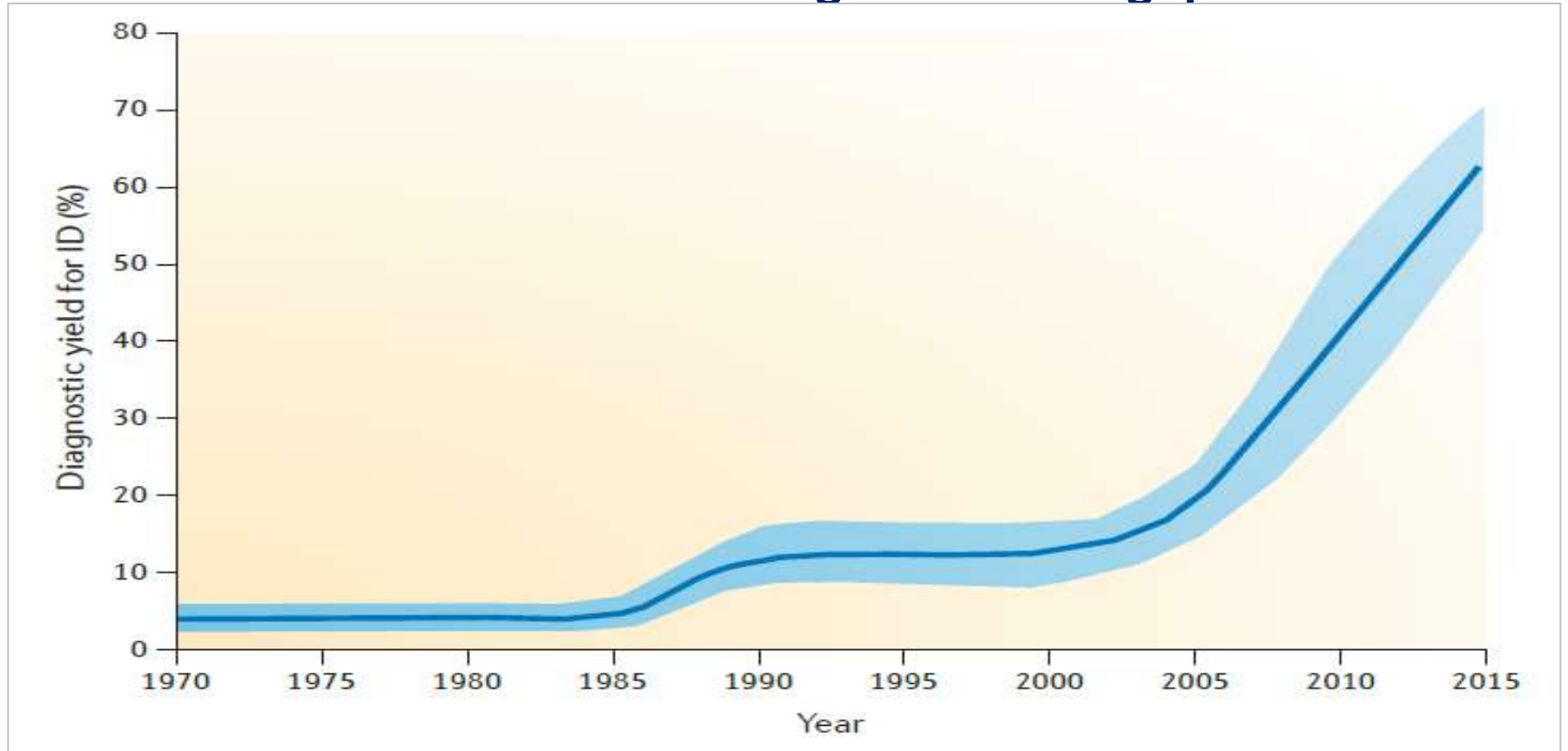
NATURE REVIEWS | GENETICS

VOLUME 17 | JANUARY 2016 |

Recouvrement de gènes impliqués dans différents troubles du neuro-développement



Evolution du rendement du diagnostic étiologique d'une DI



Genetic studies in intellectual disability and related disorders

Lisenka E. L. M. Vissers¹, Christian Gilissen¹ and Joris A. Veltman^{1,2}

NATURE REVIEWS | GENETICS

VOLUME 17 | JANUARY 2016 |

Chercher la cause d'un trouble du développement : A quoi ça sert ?

Connaître la cause

Pourquoi mon enfant a-t-il un retard de développement ?

Affiner le pronostic

Risque –t-il de régresser ou continuera-t-il à faire des progrès ?

Arrivera-t-il à marcher, parler, apprendre un métier ?

Guider le traitement

Est-ce qu'il y a un traitement pour améliorer ses capacités ?

Y a-t-il des complications à éviter ?

Préciser le conseil génétique

Quel est le risque d'avoir un autre enfant avec un handicap ?

Les conditions de réalisation du projet de vie :

CONNAITRE LES COMPETENCES et les FRAGILITES

de la personne et de son environnement

Evaluation médicale

somatique

Examen somatique

Examen clinique complet
 Examen neurologique
 Orthopédie / Motricité
 Nutrition / croissance (IMC)
 Comportement alimentaire
 Evaluation de la **douleur**

Diagnostic étiologique

IRM cérébrale
 Tests Génétiques

Pathologies associées

Audition
 Vision / oculomotricité
 Sommeil
 Epilepsie
 soins dentaires
 Suivi gynécologique

Cardiologie/ endocrinologie

Gastroentérologie,
 ORL, stomatologie,
 Néphrologie, immunologie

Évaluation « formelle »

Cognitive et psycho-pathologique

Evaluation des
fonctions Cognitives
 et des **apprentissages**

Evaluation psycho-
 pathologique et de
 la **cognition sociale**

Effizienz intellectuelle

Fonctions exécutives

Attention

Mémoires

MCT/MT/MLT

Visuelle/auditive

Procédurale

Episodique

Sémantique

Visuo-spatial/perceptif

Intégration Sensorielle

Coordination motrice

Motricité globale et fine

Praxies gest./buccales

Langage oral

Expressif/réceptif

Compétences

Scolaires

Calcul, lecture, écriture

Cognition sociale

Reconnaissance

des émotions

Théorie de l'esprit

Attribution d'Intention

Attribution de pensée

Tests projectifs

et de personnalité

Ressources

psychiques

Estime de soi

Affectivité

Diagnostic Psycho-

pathologique

Guillaume, 15 ans

Né à 40 SA, poids 3240g, T 50 cm.

Marche 19 mois

Retard massif du langage

En PSM à 3 ans : phrases de 2 mots

Orthophonie libéral +++

CAMSP (4 à 7 ans) psychothérapie, psychomot.

CP puis Hop de Jour puis IME à 12 ans

A 15 ans, adressé par l'IME
pour suspicion de dysphasie

Contact agréable. Très sociable

Motricité fine : pince pouce index malhabile

Dyspraxie bucco-linguale

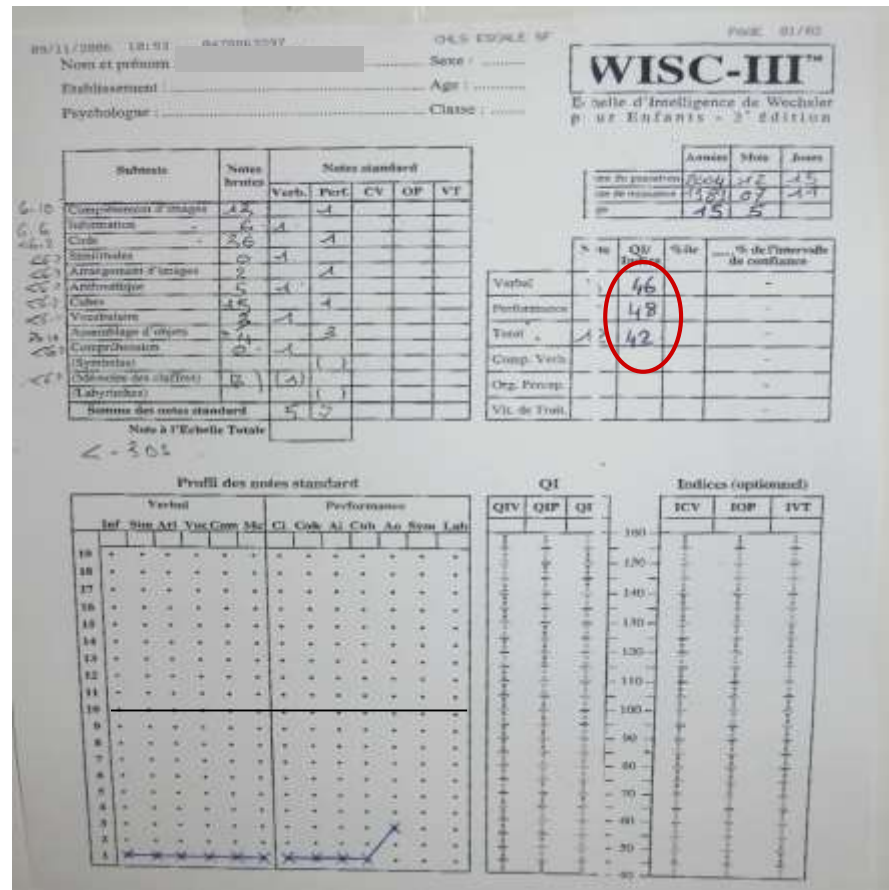
Troubles articulatoires Ne comprend pas.

Réponses brèves et stéréotypées.

WISC-III : QI 42 (QIV 46, QI P 48)

= **Déficiência intellectuelle modérée**

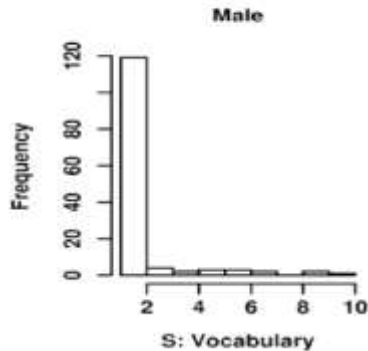
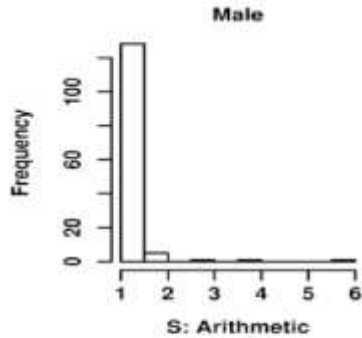
=> Mutation gène ARX identifiée



Evaluations cognitives chez des personnes avec DI

Effet plancher des tests de QI

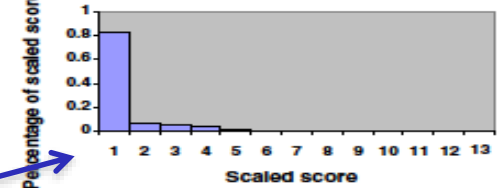
Dia empruntée à Yannick COURBOIS



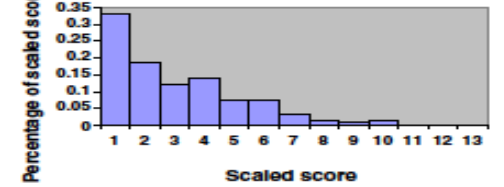
1 = note minimale au test

Les méthodes classiques
d'évaluation désavantagent les
personnes avec DI

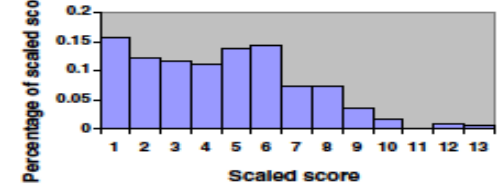
Percentage of scale scores on WISC-III for IQs in 40s



Percentage of scale scores on WISC-III for IQs in 50s



Percentage of scale scores on WISC-III for IQs in 60s



Hessl, D., Nguyen, D. V., Green, C., Chavez, A., Tassone, F., Hagerman, R. J. (2009). A solution to limitations of cognitive testing in children with intellectual disabilities: the case of fragile X syndrome. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 1(1), 33-45.

Whitaker, S., & Wood, C. (2008). The distribution of scaled scores and possible floor effects on the WISC-III and WAIS-III. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(2), 136-141.

Evaluations cognitives chez des personnes avec DI

Comment révéler les compétences préservées ?



Dia empruntée à Yannick COURBOIS

Evaluation des compétences cognitives des personnes avec Déficience Intellectuelle

- ✓ **Approche Développementale : trajectoire**
- ✓ Approche Différentielle : syndromique
- ✓ Approche neuro-cognitive : modulaire

Pour une approche développementale de la DI

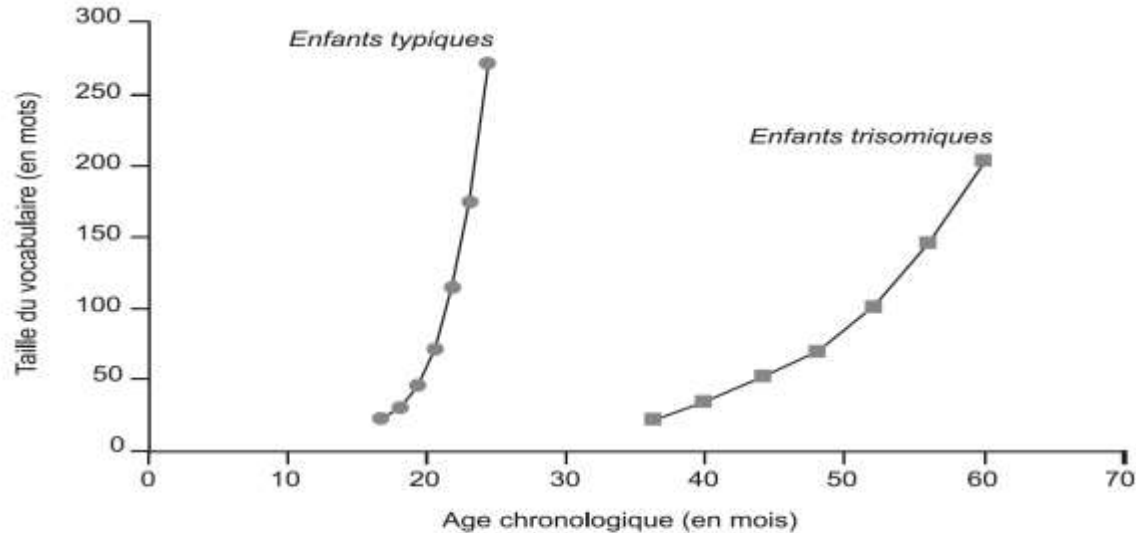


Figure 10.3 : Évolution de la taille du vocabulaire d'enfants typiques et trisomiques 21 en fonction de l'âge chronologique (adapté d'après Berglund et coll., 2001, p. 186)

Exemple :
l'acquisition du
vocabulaire chez
l'enfant avec une
T21

Berglund, E., Eriksson, M., & Johansson, I. (2001). Parental reports of spoken language skills in children with Down syndrome. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 44(1), 179.

Evaluation des compétences cognitives des personnes avec Déficience Intellectuelle

- ✓ Approche Développementale : trajectoire
- ✓ **Approche Différentielle : syndromique**
- ✓ Approche neuro-cognitive : modulaire

Approche différentielle / syndromique

des profils cognitifs spécifiques selon les syndromes

Ex. Williams – Beuren / trisomie 21

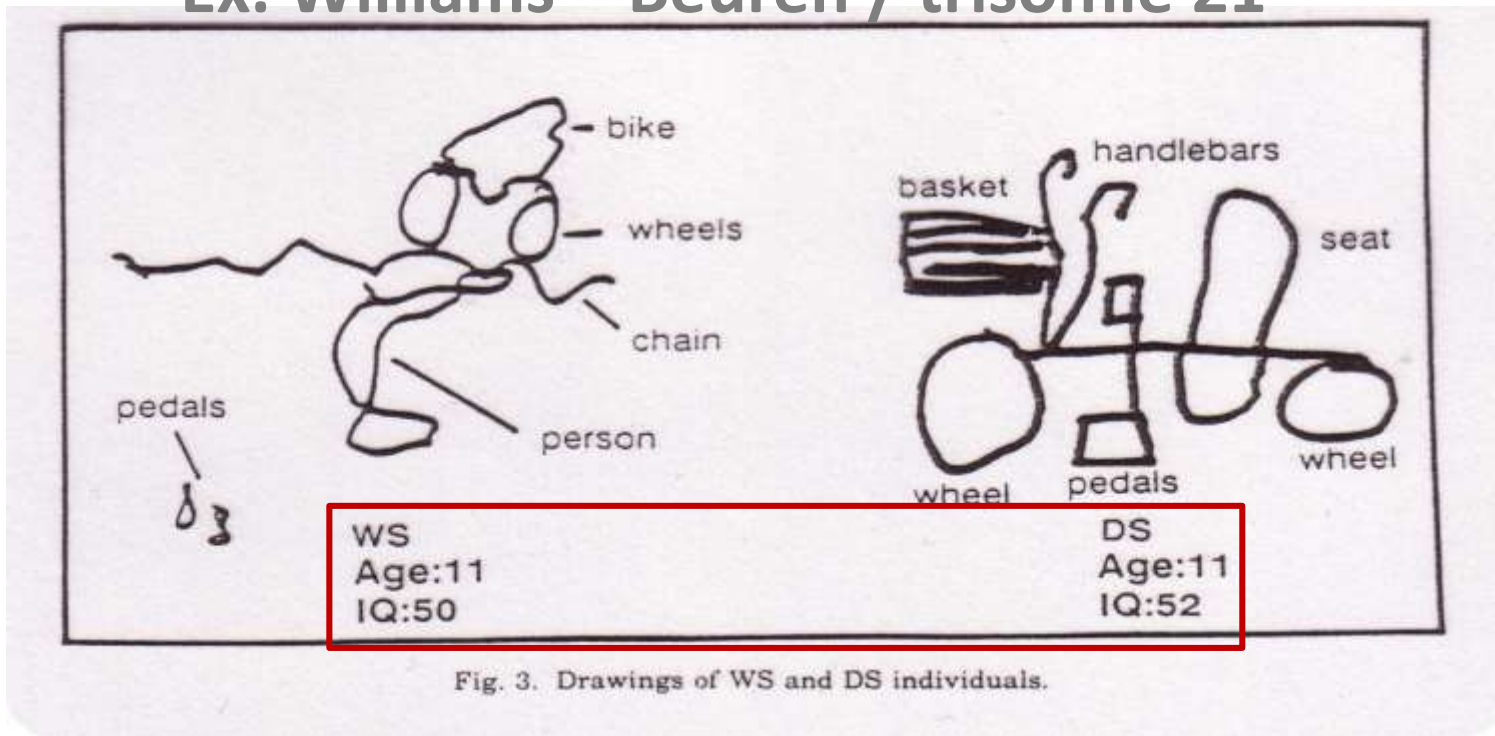


Fig. 3. Drawings of WS and DS individuals.

Cinq profils syndromiques langagiers

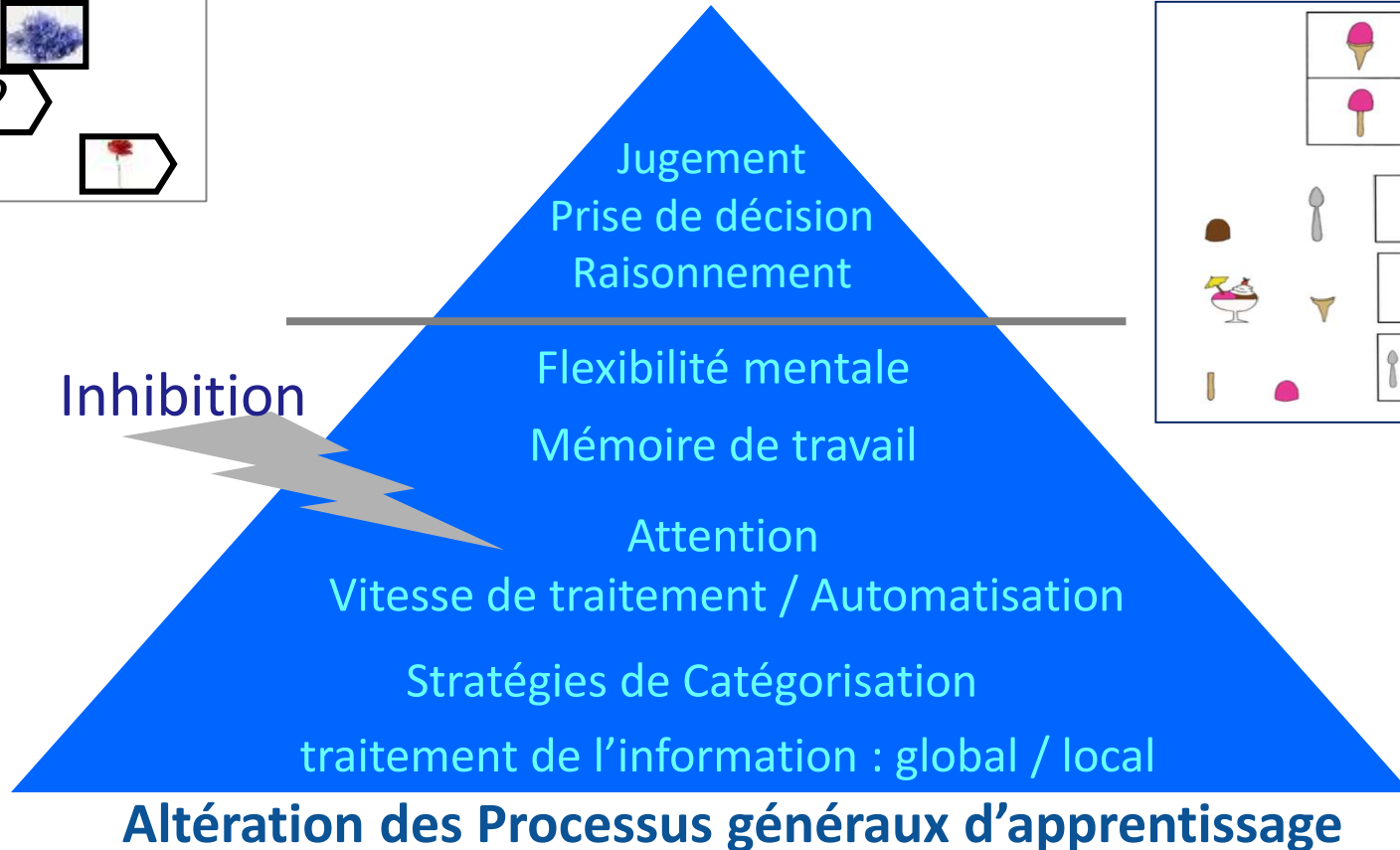
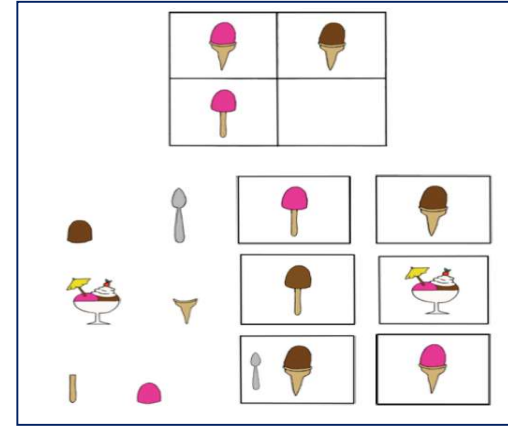
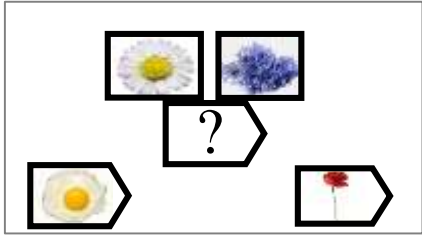
Composantes langagières	Cinq profils syndromiques langagiers			
	Down	Williams	X-Fragile	Prader- W
Phonétique Phonologie	--	+ +	--	--
Lexique	-	+	+	-
Morphologie Syntaxe	--	+ (compréhension) --	-	-
Pragmatique	+	--	--	-
Organisation discursive	--	+	-	-

D'après Rondal (1995, 2000, 2006), emprunté à I Bobillier - Chaumont

Evaluation des compétences cognitives des personnes avec Déficience Intellectuelle

- ✓ Approche Développementale : trajectoire
- ✓ Approche Différentielle : syndromique
- ✓ **Approche neuro-cognitive : modulaire**

Approche neuro-cognitive : modulaire



Peut-on rééduquer la Mémoire de travail ?

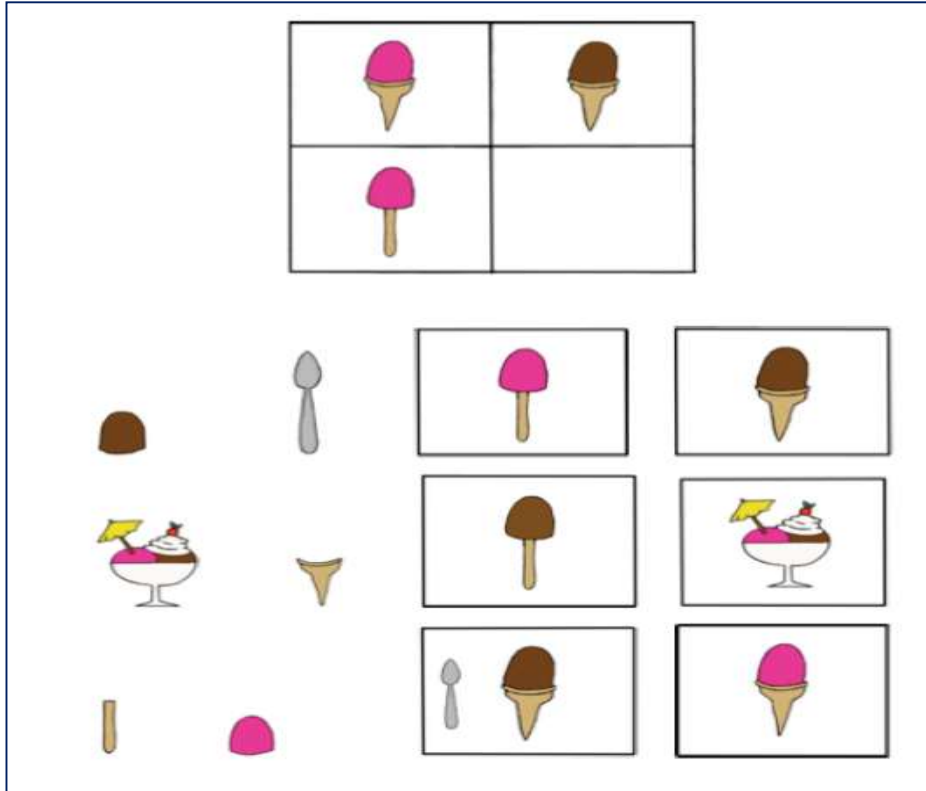
- **1/ Contourner le problème en utilisant ce qui fonctionne**
Ex. utiliser un support visuel quand c'est la Mémoire Verbale qui dysfonctionne
- **2/ Aménager l'environnement (« béquilles »)**
- **3/ Rééduquer la boucle phonologique : la MCT Verbale**
 - Favoriser l'imagerie mentale
 - Travailler les stratégies (ex: « chunking »)
 - Travailler la répétition subvocale

« Adapter l'environnement »

RAISONNEMENT ANALOGIQUE ET MÉMOIRE CHEZ DES ADOLESCENTS AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Caroline Denaes-Bruttin, Fredi P. Büchel, Jean-Louis Berger et Ninosca Borel

REVUE FRANCOPHONE DE LA
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
VOLUME 21, 163-176



- version classique
- version de construction avec mémoire externe

*Faculté de psychologie
Université de Genève*

**Répartition des participants dans chaque groupe
Pourcentage, Moyennes AC et AM**

Groupes	Nombre de participants	Pourcentage	AC (<i>M + ET</i>)	AM
GO1 (4-6 ans)	18	14.5	5;2 (3.37)	5
GO2 (7-8 ans)	18	9.7	7;8 (3.94)	7.5
GDI1 (DI légère à moyenne)	14	22.6	16;5 (11.51)	6.8
GDI2 (DI moyenne)	12	19.4	17;0 (10.33)	5
TOTAL	62	100.0	10;7 (63.86)	6.1

**Moyennes et écarts-types des scores de chacun des groupes pour
les deux versions du test (min = 0; max = 56)**

	GO1		GO2		GDI1		GDI2		TOTAL	
	<i>N</i>	<i>M (ET)</i>	<i>N</i>	<i>M (ET)</i>	<i>N</i>	<i>M (ET)</i>	<i>N</i>	<i>M (ET)</i>	<i>N</i>	<i>M (ET)</i>
Version de construction	18	47.17 _a (5.64)	18	54.28 _b (2.78)	14	50.50 _{a,b} (6.42)	12	48.50 _a (4.77)	62	50.16 (5.66)
Version classique	18	47.17 _{a,b} (7.15)	18	54.35 _c (2.69)	14	49.36 _{b,c} (7.31)	12	42.00 _a (7.42)	62	48.66 (7.54)

Note. Les moyennes dans une même ligne partageant une lettre identique ne diffèrent pas significativement (test *B* de Tukey).

LES CONDITIONS de REALISATION DU PROJET DE VIE :

CONNAITRE LES COMPETENCE/ FRAGILITES

De la personne et de l'environnement

Evaluation médicale somatique

Examen somatique

Examen clinique complet
Examen neurologique
Orthopédie / Motricité
Nutrition / croissance (IMC)
Comportement alimentaire
Evaluation de la **douleur**

Diagnostic étiologique

IRM cérébrale
Tests Génétiques

Pathologies associées

Audition
Vision / oculomotricité
Sommeil
Epilepsie
soins dentaires
Suivi gynécologique

Cardiologie/ endocrinologie

Gastroentérologie,
ORL, stomatologie,
Néphrologie, immunologie

Évaluation « formelle »

Cognitive et psycho-pathologique

Evaluation des
fonctions Cognitives
et des apprentissages

Effizienz intellectuelle Fonctions exécutives

Attention

Mémoires

MCT/MT/MLT

Visuelle/auditive

Procédurale

Episodique

Sémantique

Visuo-spatial/perceptif

Intégration Sensorielle

Coordination motrice

Motricité globale et fine

Praxies gest./buccales

Langage oral

Expressif/réceptif

Compétences

Scolaires

Calcul, lecture, écriture

Evaluation psycho-
pathologique et de
la cognition sociale

Cognition sociale

Reconnaissance

des émotions

Théorie de l'esprit

Attribution d'Intention

Attribution de pensée

Tests projectifs

et de personnalité

Ressources

psychiques

Estime de soi

Affectivité

Diagnostic Psycho- pathologique

Evaluation Écologique

« en situation d'interaction »

Aptitudes

Comportement

Autodétermination

Autonomie

Auto-régulation

Empowerment

psychologique

Auto-actualisation

Conscience de soi

Régulation socio- Émotionnelle

Comportements

inadaptés / défis

L'autodétermination

(Wehmeyer, 1996)

Habiletés et attitudes requises pour agir comme un agent causal de sa propre vie, pour faire des choix et prendre des décisions en regard de sa qualité de vie, libre de toute influence externe excessive ou d'interférence

- ⇒ *Un agent causal* est celui qui induit et contrôle les événements qui se produisent dans sa vie
- ⇒ La personne autodéterminée est capable de prendre des décisions indépendantes, basées sur ses **habiletés à utiliser les ressources**.
- ⇒ Être indépendant n'empêche pas la collaboration et le travail avec les autres.

Aimable contribution de Marie-Claire Haelewyck

Former les personnes en situation de handicap à s'autodéterminer



Aimable contribution

du Pr Marie-Claire Haelewyck



www.umons.ac.be/aio

LES CONDITIONS de REALISATION DU PROJET DE VIE :

CONNAITRE LES COMPETENCE/ FRAGILITES

De la personne et de l'environnement

Evaluation médicale somatique

Examen somatique

Examen clinique complet
Examen neurologique
Orthopédie / Motricité
Nutrition / croissance (IMC)
Comportement alimentaire
Evaluation de la **douleur**

Diagnostic étiologique

IRM cérébrale
Tests Génétiques

Pathologies associées

Audition
Vision / oculomotricité
Sommeil
Epilepsie
soins dentaires
Suivi gynécologique

Cardiologie/ endocrinologie

Gastroentérologie,
ORL, stomatologie,
Néphrologie, immunologie

Evaluation « formelle »

Cognitive et psycho-pathologique

Evaluation des
fonctions Cognitives
et des apprentissages

Efficience intellectuelle
Fonctions exécutives

Attention

Mémoires

MCT/MT/MLT

Visuelle/auditive

Procédurale

Episodique

Sémantique

Visuo-spatial/perceptif

Intégration Sensorielle

Coordination motrice

Motricité globale et fine

Praxies gest./buccales

Langage oral

Expressif/réceptif

Compétences

Scolaires

Calcul, lecture, écriture

Evaluation psycho-
pathologique et de
la cognition sociale

Cognition sociale

Reconnaissance
des émotions

Théorie de l'esprit

Attribution d'Intention

Attribution de pensée

**Tests projectifs
et de personnalité**

Ressources
psychiques
Estime de soi

Affectivité

**Diagnostic Psycho-
pathologique**

Evaluation Écologique

« en situation d'interaction »

Aptitudes
Comportement

Autodétermination
Autonomie
Auto-régulation
Empowerment
psychologique
Auto-actualisation
Conscience de soi

**Régulation socio-
Émotionnelle**

**Comportements
inadaptés / défis**

Participation
de la personne

**Compétences
adaptatives**
**Utilisation des
compétences Scolaires**
Numératie/ Littératie
Aptitude au travail
Employabilité

Statut juridique

**Intensité des
Besoins de soutien**

Ressources financières

Lieu de vie, travail

Activité physique, Sports, Loisirs, culture
Valorisation des rôles sociaux

Qualité de Vie

**Environnement
Eco-Système**

**Compétences des
Aidants familiaux**

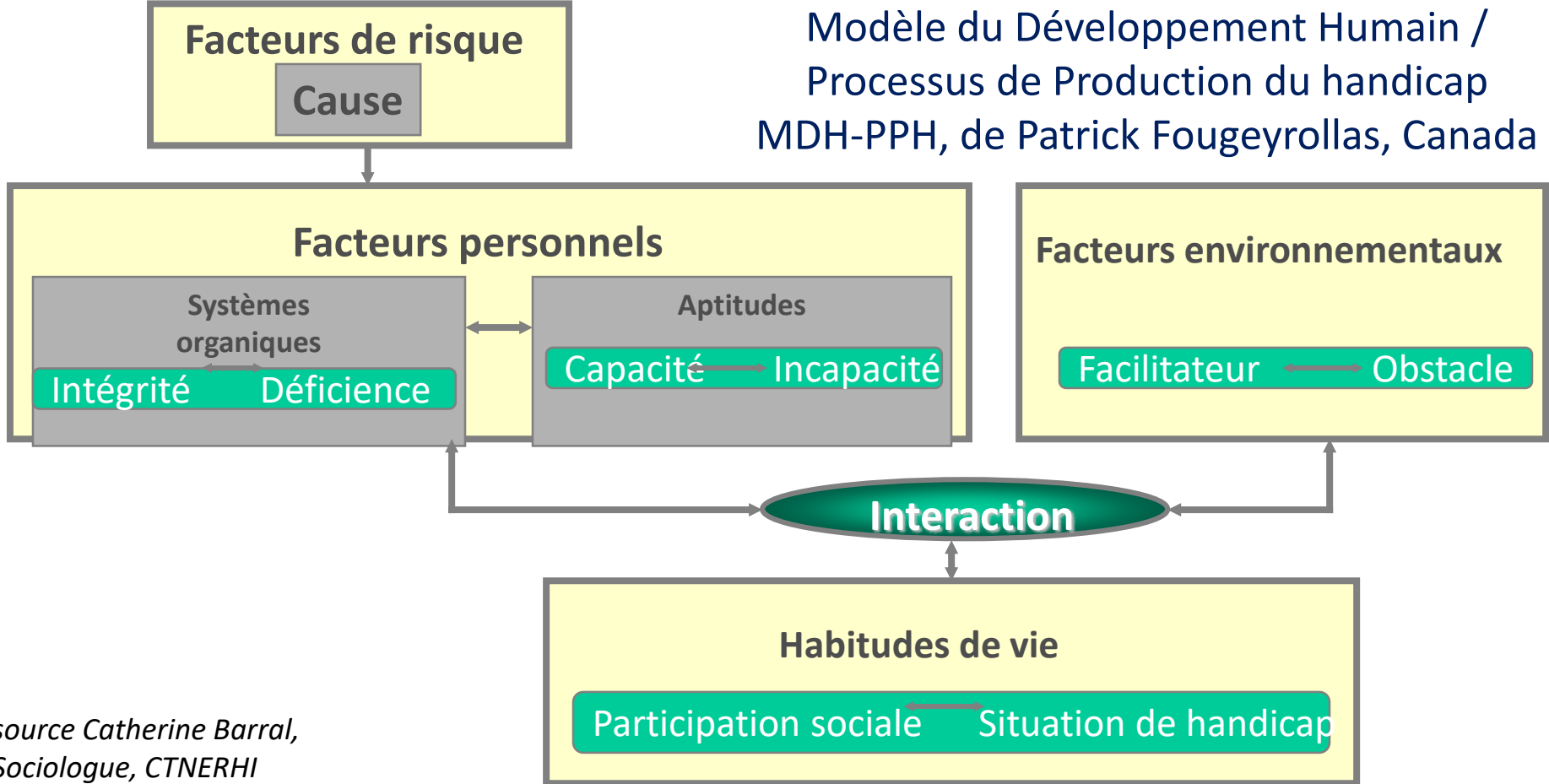
**parents
professionnels**

Résilience/
ressources psychiques
Capacité à faire face
« coping »
Structure familiale

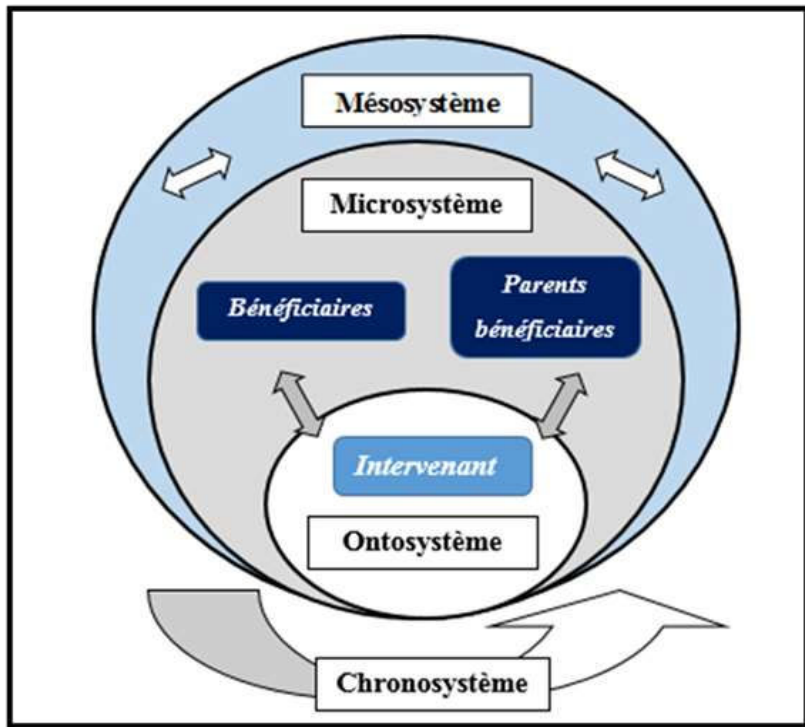
Catégorie Socio
Professionnelle

Modèles systémiques du fonctionnement humain

Modèle du Développement Humain /
Processus de Production du handicap
MDH-PPH, de Patrick Fougeyrollas, Canada



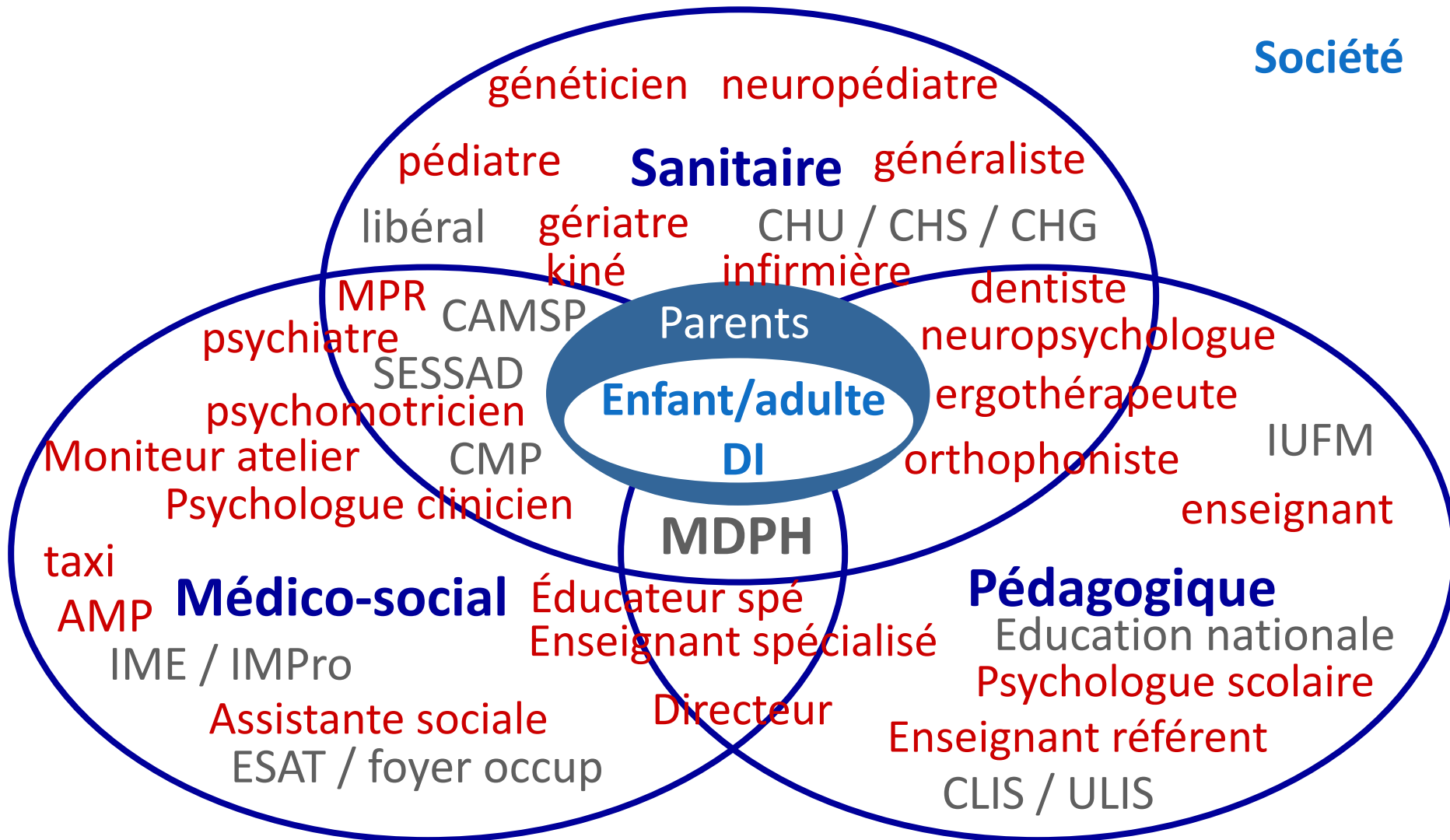
Une approche éco-systémique permet d'ajuster la place des professionnels autour de la personne en situation de handicap



Bronfenbrenner

- Importance de la communication : Le professionnel doit pouvoir entamer et entretenir le dialogue avec la personne, sujet capable de poser des choix
- Importance d'une position relationnelle ajustée (ni excès, ni manque de confiance en ses compétences)
- Importance du partenariat, mais le contexte quotidien n'est pas toujours propice aux relations d'attachement (turn over, rendement)
- Importance du sentiment de satisfaction et de justice chez le professionnel pour éviter les tensions et les comportements aversifs (réduction d'implication, démission) et une diminution de la QV de chacun

Société



Edouard SEGUIN (1812-1880)



- ✓ « En attendant que la médecine les guérisse [*les enfants présentant une déficience intellectuelle*], j'ai décidé de les faire participer aux bienfaits de l'éducation ».

Edouard Seguin, 1843.

- ✓ « Le traitement éducatif commence pour chaque enfant là où son évolution naturelle s'est arrêtée. Autant d'enfants, autant de commencements ».

Edouard Seguin, 1866.

Les États Généraux de la Déficience Intellectuelle

Judi 11 et Vendredi 12 Janvier 2018

Maison de l'UNESCO

Véritable problématique de santé publique, la déficience intellectuelle, trouble majeur du neuro-développement, est au carrefour d'enjeux sociaux, médicaux, organisationnels et politiques.

Ces États Généraux seront l'occasion d'ouvrir, tous ensemble, professionnels de l'accompagnement et du soin, familles, élus, chercheurs, institutionnels, de nouvelles perspectives fondées sur les enseignements de l'expertise collective de l'Inserm « Déficiences Intellectuelles » et leurs modalités de mise en œuvre en territoires.



Ouverture des inscriptions
en septembre



Maladies Rares du Développement Cérébral
et Déficience Intellectuelle

FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

→ www.defiscience.fr

LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE SONT PORTÉS PAR LA FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ DÉFISCIENCE ET SES PARTENAIRES



Collectif D.I.



nexem
recherche, diffusion



Expertise collective de l'INSERM

Déficiences intellectuelles :

Améliorer le soin et l'accompagnement



Mars 2016



www.defiscience.fr

Janvier 2018

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>



**Maladies Rares du Développement Cérébral
et Déficience Intellectuelle**

FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

Une filière pour quoi faire ?

Maladies rares du développement cérébral : Troubles du neuro-développement, dont les déficiences intellectuelles

● Une filière destinée à une grande diversité de personnes

Personnes présentant une **maladie rare du développement cérébral** pouvant entraîner,

- **Une déficience intellectuelle**, de la DI « légère » au « polyhandicap »,
- **Des troubles cognitifs** avec troubles complexes des apprentissages,
- **Une épilepsie**, souvent sévère
- **Des pathologies neuro-psychiatriques** à début précoce,
- **Des troubles de régulation émotionnelle** et alimentaire,
- **Des troubles de coordination motrice**.



50 % sans cause connue.

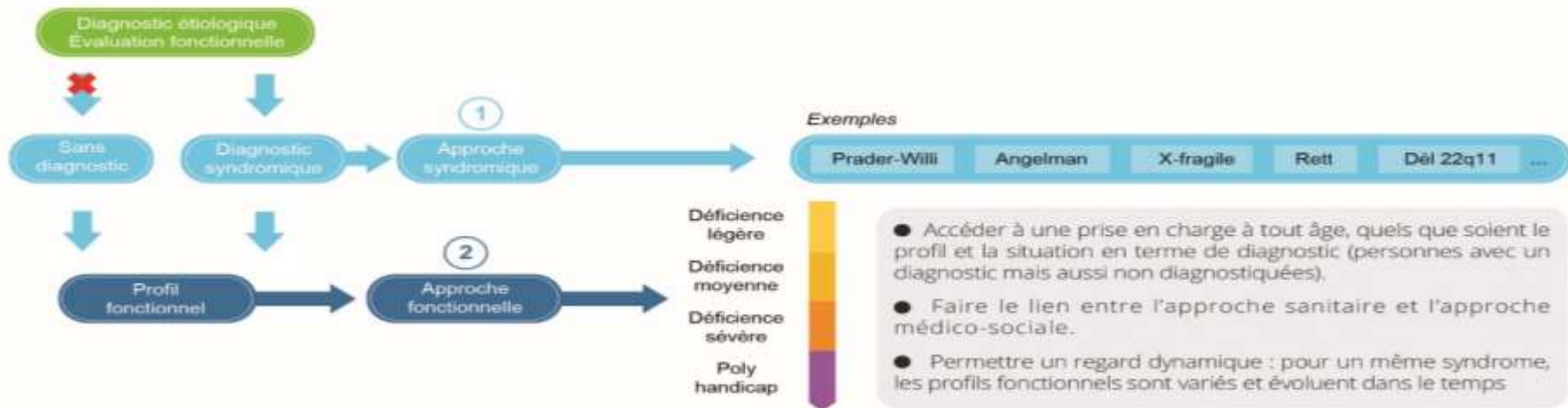
La filière se préoccupe aussi des patients **sans anomalie génétique connue.**

Une expertise dynamique double

Syndromique et fonctionnelle

- Une population diverse, aux problématiques communes :

- Un **handicap cognitif** chronique,
- Une **démarche diagnostique** et **d'évaluation** fonctionnelle,
- Des **sur-handicaps** associés fréquents : troubles graves du comportement, dont alimentaire, épilepsies réfractaires, atteinte motrice, etc...



La Filière Nationale de Santé DéfiScience

Maladies Rares du développement cérébral et déficience intellectuelle

5 réseaux (CRMR)

- ❑ 1 Centre de Référence « **Déficiences Intellectuelles de causes rares** »
1 centre coordonnateur, 10 centres constitutifs, 13 centres de compétence
- ❑ 1 Centre de Référence « **Malformations et maladies congénitales du Cervelet** »
1 centre coordonnateur, 1 centre constitutif, 10 centres de compétence
- ❑ 1 Centre de Référence « **Epilepsies rares, CRÉER** »
1 centre coordonnateur, 7 centres constitutifs, 20 centres de compétence
- ❑ 1 Centre de Référence « **Maladies rares à expression psychiatrique** »
1 centre coordonnateur, 2 centres constitutifs, 17 centres de compétence
- ❑ 1 Centre de Référence « **Syndrome de Prader-Willi** »
1 centre coordonnateur, 2 centres constitutifs, 20 centres de compétence

La Filière DéfiScience sur le territoire national

Labellisation 2017

27 Centres de référence

79 Centres de compétences

Centre Référence coordonnateur DI

Centre Référence constitutif DI

Centre Compétences DI et cervelet

Centre Référence Coordonnateur malformations du cervelet

Centre Référence Constitutif malformations du cervelet

Centre Compétences cervelet

Centre Référence Coordonnateur Épilepsies rares

Centre Référence Constitutif Épilepsies rares

Centre Compétences Épilepsies rares

Centre Référence Coordonnateur Maladies Rares Psychiatrie

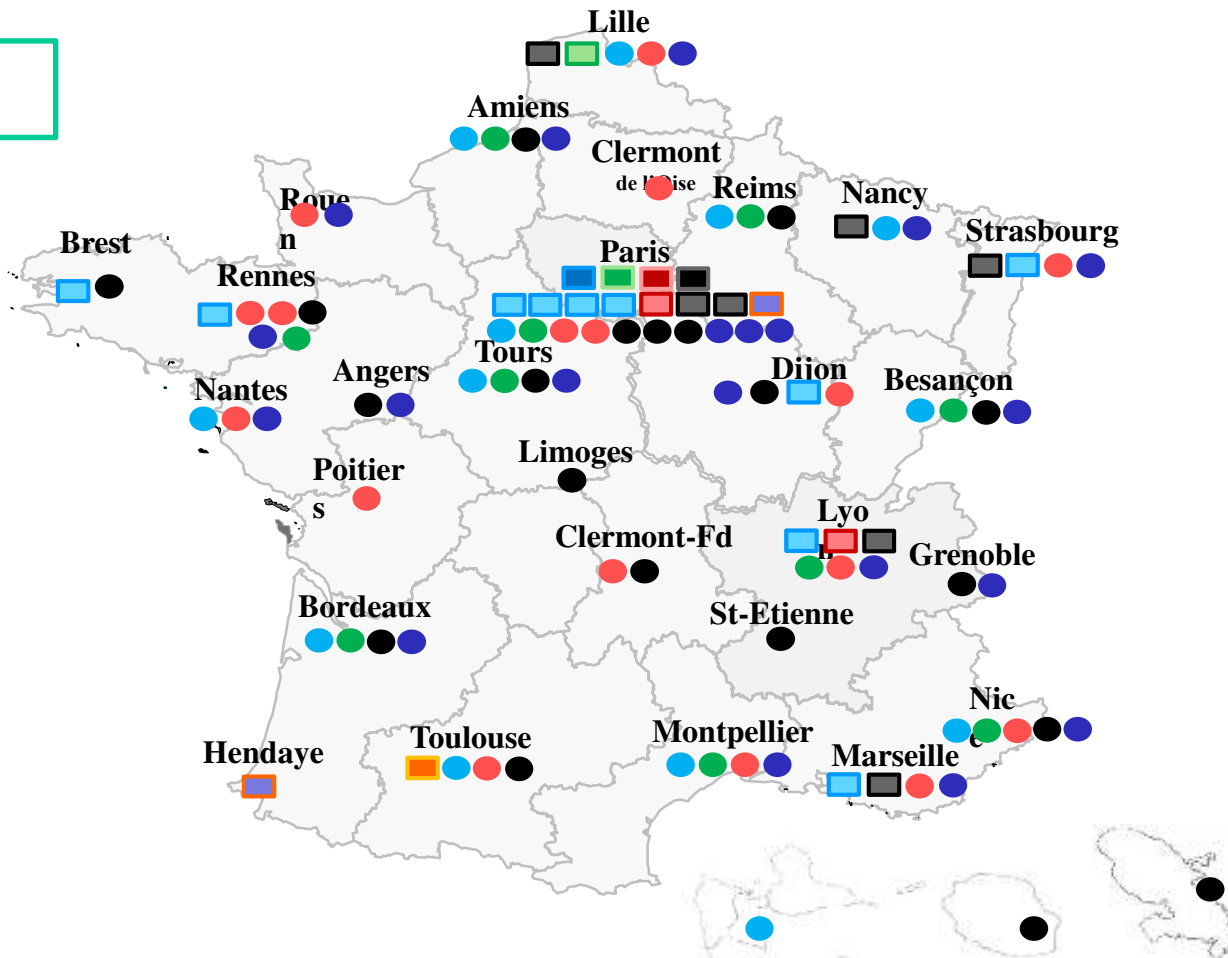
Centre Référence Constitutif Maladies Rares Psychiatrie

Centre Compétences Maladies Rares Psychiatrie

Centre Référence Coordonnateur Prader-Willi

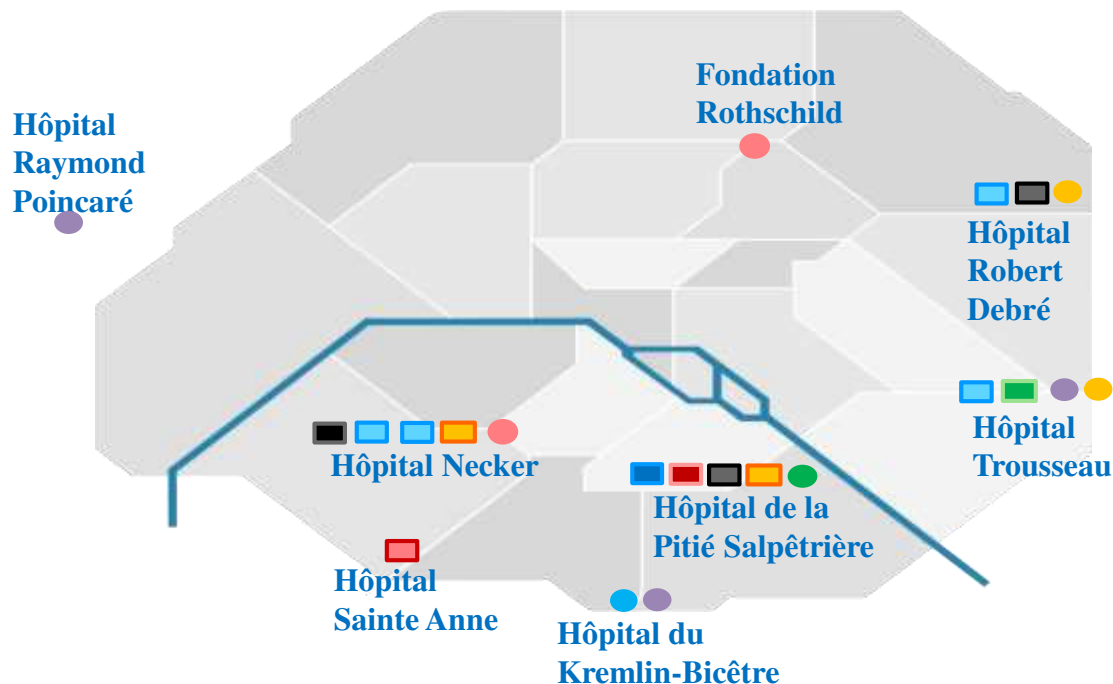
Centre Référence Constitutif Prader-Willi

Centre Compétences Prader-Willi



La Filière DéfiScience FOCUS ILE DE FRANCE

Labellisation 2017



Déficiences Intellectuelles de causes rares

- Le Centre Référence coordonnateur (dark blue square)
- 3 Centres Référence constitutifs (light blue square)
- 2 Centres de compétences (blue circle)

Malformations et maladies congénitales du cervelet

- Le Centre Référence coordonnateur (green square)
- 1 Centre de compétences (green circle)

Epilepsies rares

- Le Centre Référence coordonnateur (black square)
- 1 Centre Référence constitutif (grey square)
- 4 Centres de compétences (purple circle)

Maladies Rares à expression psychiatrique

- Le Centre Référence coordonnateur (red square)
- 1 Centre Référence constitutif (red square)
- 2 Centres de compétences (red circle)

Syndrome de Prader-Willi et Syndromes apparentés

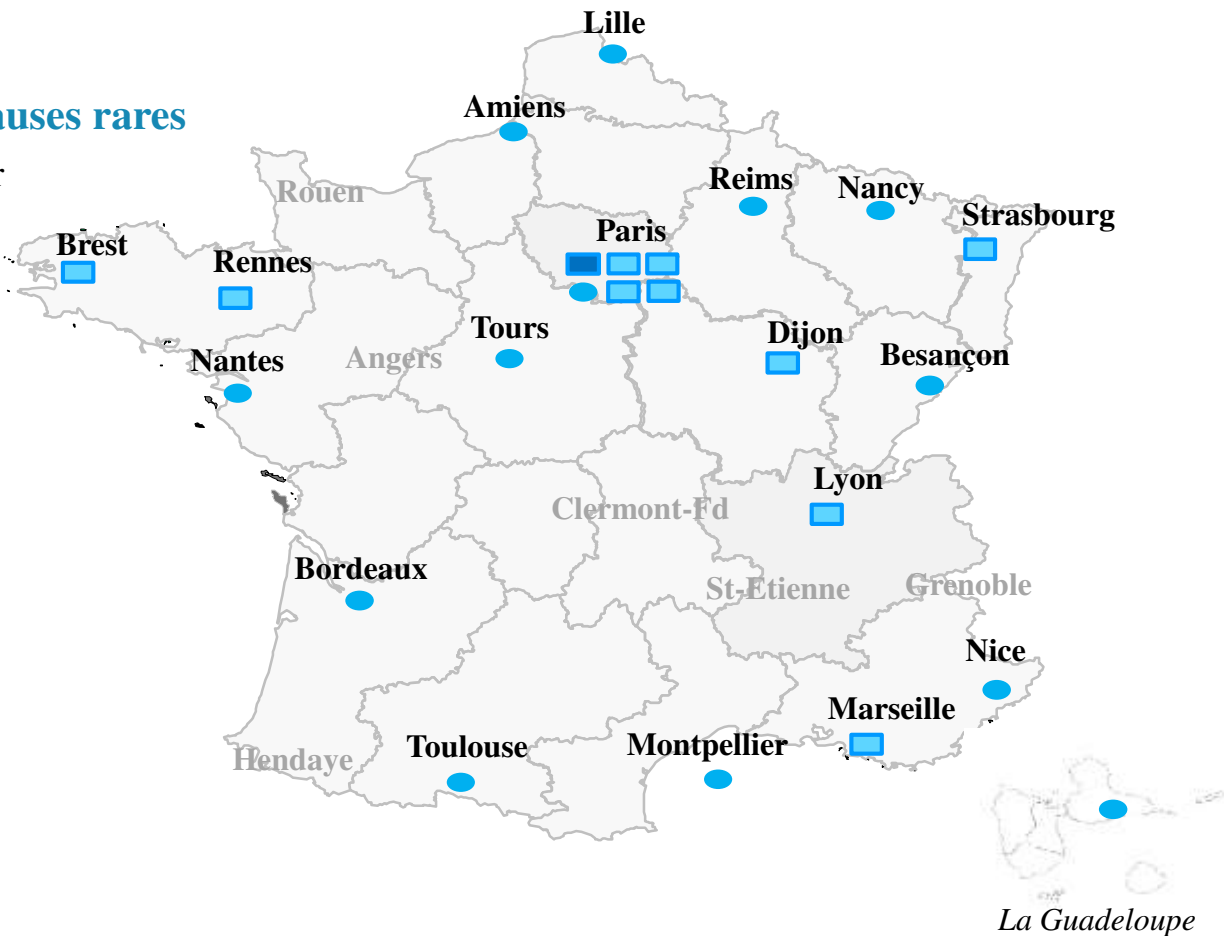
- 1 Centre de Référence constitutif (orange square)
- 3 Centres de compétences (yellow circle)

COUVERTURE DU TERRITOIRE

Labellisation 2017

Déficiences Intellectuelles de causes rares

- 1 Centre Référence coordonnateur
- 10 Centres Référence constitutifs
- 13 Centres de compétences



- Centre Référence Coordonnateur DI
- Centre Référence Constitutif DI
- Centre Compétences DI

Formation diplômante

2018/19

DIPLÔME INTERUNIVERSITAIRE NEURO-DÉVELOPPEMENT



Coordonnateur du diplôme

Dr Aurore CURIE
MCU-PH, Neuropédiatrie, Lyon I

RENSEIGNEMENTS
Frédérique STENGER
frederique.stenger@chu-lyon.fr
Tél : 04 27 85 54 89

Inscriptions : Formation Continue

Akila MOUELLEF
akila.mouellef@univ-lyon1.fr
Tél : 04 78 77 75 76

<http://focal.univ-lyon1.fr>

Comité pédagogique : Dr Aurore CURIE, Dr David GERMANAUD, Pr Yves CHAIX, Pr Vincent DES PORTES, Pr Patrick BERQUIN, Pr Pierre CASTELNAU, Pr Yann MIKAELOFF, Pr Rima NABBOUT, Pr Sylvie NGUYEN, Pr François RIVIER, Pr Patrick VAN BOGAERT

DIPLÔME INTER – UNIVERSITAIRE (DIU) Année 2018 – 2019

DEFICIENCE INTELLECTUELLE / HANDICAP MENTAL de l'enfant à l'adulte, une approche trans-disciplinaire

- ✓ Formation **continue** / Nombre de places limité : 50
- ✓ Pour **TOUS** professionnels ayant une **expérience** auprès de personnes handicapées mentales (médico-social, éducatif, sanitaire).
- ✓ OBJECTIFS : corpus commun de connaissances, échanges d'expériences, réseau
- ✓ **TROIS séminaires** de 5 jours « **en immersion** » (102 heures d'enseignement) : décembre (Lyon), Mars (Paris), Mai (Sète)