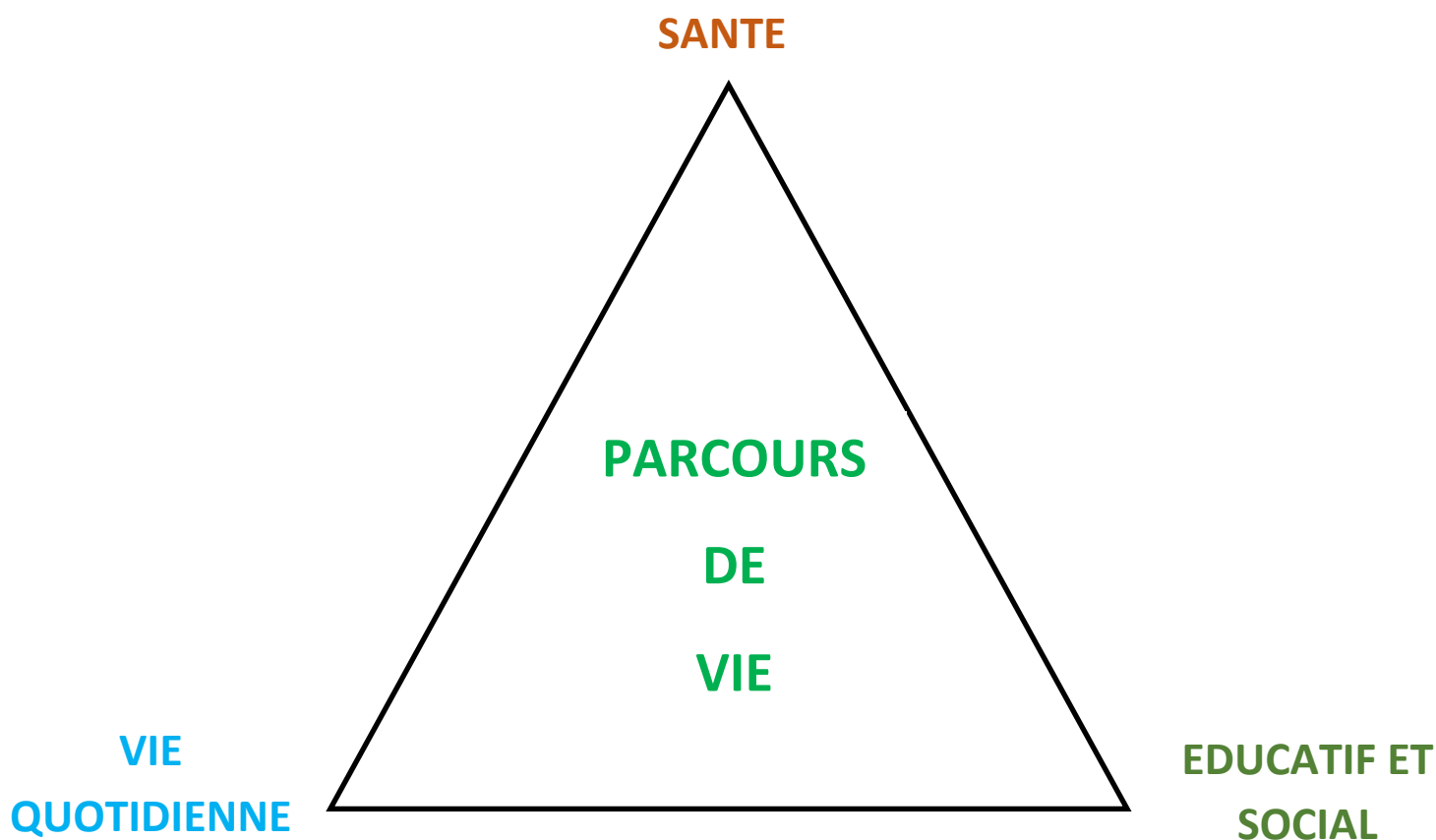


Groupe de Travail Prader-Willi Auvergne Rhône-Alpes

Sous-groupe « Transition adolescent adulte »

Carnet de transition Adolescent / Jeune adulte



Anticipation-Evaluation-Coordination

Ce carnet est un document confidentiel, appartenant à la personne concernée et sa famille. Il peut être gardé par les aidants

Pourquoi ce carnet avant la transition ?

Pour les personnes atteintes d'un syndrome de PRADER-WILLI, la transition adolescents / jeunes adultes est une période particulièrement difficile donc à risque de **rupture de parcours**.

Alors que les modes de vie sont bouleversés, souvent complexes, il est essentiel d'**organiser** et d'**anticiper** plusieurs années à l'avance, l'accompagnement de ce jeune adulte en tenant compte de ce qu'il tente de nous dire, de ses capacités et de l'adaptation de la structure qui va l'accueillir.

Par ailleurs, l'accueil de la personne adulte devra se faire par des professionnels ayant une **connaissance** du parcours de l'enfant devenu adulte avec ses particularités, ses acquisitions et ses difficultés.

Ce qui va rendre ces étapes de « passage » particulièrement difficiles, est la conjonction de handicaps multiples : mental, comportemental, et fonctionnel en lien avec la présence du trouble de comportement alimentaire et des pathologies somatiques. Ceux-ci sont à l'origine de difficultés d'intégration majeures dans la vie ordinaire et dans les structures collectives où la supervision de l'alimentation, fonction physiologique de base essentielle à l'équilibre de l'individu, n'est pas adaptée voire absente.

Cela sera d'autant plus marqué que le jeune a peu de déficits cognitifs et a donc une autonomie de plus en plus réalisable mais qui sera limitée par le trouble du comportement alimentaire.

Afin de faciliter cette transition, ce dossier a été créé avec pour **objectifs** :

- de rassurer la personne particulièrement anxieuse et qui va se sentir *accueillie*
- de permettre *la vision globale du parcours* de l'enfance à l'adolescence et des bilans effectués.
- de permettre *la continuité* dans les outils installés pendant l'enfance
- de mieux connaître *l'évolution* de la personne dans sa vie quotidienne
- et enfin un meilleur *partage* des informations entre tous les professionnels du domaine social, médico-social et sanitaire

Quand et qui remplit ce carnet ?

Il paraît essentiel de préparer progressivement le futur dès la fin de l'adolescence et **bien avant** le changement de lieu de vie.

Celui-ci sera rempli par différents acteurs : la personne concernée, sa famille, les « premiers » accompagnants des adolescents dont le rôle sera de transmettre **quelques clés du parcours** de l'enfance aux « seconds », ceux qui débutent l'accompagnement des jeunes adultes.

Qui garde ce carnet ?

Ce carnet appartient à la famille et est gardé par les aidants qui vont prendre part à l'accompagnement et qui vont l'enrichir continuellement.

Ce carnet est subdivisé en quatre catégories :

- **Le parcours social**
- **La vie quotidienne**
- **Les informations médicales essentielles pouvant être partagées**
- **Et enfin le projet de vie selon le souhait du jeune adulte et le point de vue de l'équipe pluridisciplinaire**

Fiche administrative et familiale

Date d'ouverture du carnet :

1. Identification de l'adolescent / jeune adulte concerné :

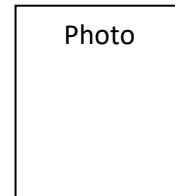
Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : ☐ F ☐ M

Lieu de naissance :



2. Coordonnées des parents / du tuteur

Parents : ☐ Ensemble ☐ Séparés ☐ Mère seule
☐ Famille recomposée ☐ Adoption ☐ Père seul

En cas de séparation des parents, qui détient l'autorité parentale ?

☐ La mère ☐ Le père ☐ Le père et la mère ☐ Autre, précisez :

	Mère	Père	Autre (tuteur)	Observations
Nom				
Prénom				
Adresse				
Téléphone				
Situation professionnelle				
Adresse électronique				

Composition de la famille :

Fratrie	Nombre de sœurs :	Nombre de frères :
Prénom et date de naissance		
Précisions à signaler		
Commentaires <i>si nécessaire</i> sur les relations avec chacun d'eux		
Autres personnes ayant un lien important (grands-parents, amis...)		
Evènements à signaler :		

Autres antécédents familiaux à signaler :

Adresse MDPH référente :

Si référent à la MDPH, nom et service :

PARCOURS EDUCATIF ET SOCIAL

Fiche de transmission : Sclarité

1. Maternelle ☐ Oui ☐ Non

Age :

Aménagement éventuel :

2. Elémentaire classe ordinaire ☐ Oui ☐ Non

Age : de à

Si non, ULIS ☐ Oui ☐ Non

IME ☐ Oui ☐ Non

Autre structure ☐ Oui, précisez ☐ Non

AESH ☐ Oui ☐ Non

Autre aménagement (tiers temps, matériel...) ☐ Oui, précisez : ☐ Non

3. Collège classe ordinaire ☐ Oui ☐ Non

Age : de à

Si non, ULIS ☐ Oui ☐ Non

SEGPA ☐ Oui ☐ Non

Autre structure ☐ Oui, précisez : ☐ Non

AESH ☐ Oui ☐ Non

Aménagement : ☐ Oui, précisez : ☐ Non

4. Lycée classe ordinaire

☐ Lycée : ☐ Oui ☐ Non

Age : de à

Si non, ULIS ☐ Oui ☐ Non

Autre structure ☐ Oui, précisez ☐ Non

AESH ☐ Oui ☐ Non

Aménagement : ☐ Oui, précisez : ☐ Non

5. Formations professionnalisantes (CAP, autres) :

Prise en charge en milieu médico-social (IME, IMPro) : ☐ Oui ☐ Non

Ambulatoire, précisez : ☐ Oui, à partir de quel âge ? ☐ Non

Institutionnelles, précisez : ☐ Oui, à partir de quel âge ? ☐ Non

Lieu de scolarité actuel :

Téléphone :

Diplômes obtenus (type et année) :

Autres éléments importants durant la scolarité :

Pré-insertion professionnelle

1. Formations pré-professionnelles (ateliers...) :

Activité :	Date :
Référent :	Téléphone :
Impression du jeune :	
Impression du référent :	

2. Stages effectués (joindre les bilans) :

Lieu :	Date du stage :
Domaine du stage :	
☐ Milieu ordinaire	☐ Milieu protégé
Référent :	Téléphone :
Impression du stagiaire :	
Impression du référent :	

Lieu :	Date du stage :
Domaine du stage :	
☐ Milieu ordinaire	☐ Milieu protégé
Référent :	Téléphone :
Impression du stagiaire :	
Impression du référent :	

5. Bilan

Point de vue du jeune concernant son orientation adulte :

Point de vue de la famille ou tuteur :

Axes de travail et objectifs proposés au PPA (projet personnalisé d'accompagnement) :

Situation socio-éducative à la date de la transition

1. Protection juridique

☐ Sans ☐ Tutelle ☐ Curatelle, précisez (simple ou renforcée) :

☐ En cours : ☐ Sauvegarde de justice ☐ Autre, précisez :

Date ordonnance : Tribunal :

Nom du mandataire :

Lien de parenté avec le jeune : ☐ Oui, précisez : ☐ Non

Adresse :

2. MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

Adresse MDPH :

Date de dépôt du dossier :

N° dossier :

Gestionnaire de dossier MDPH :

Téléphone :

Orientation Adulte faite ☐ Oui, précisez :
 ☐ Non ☐ En cours

Orientation Adulte demandée : ☐ FAM – Foyer occupationnel
 ☐ Foyer de vie
 ☐ ESAT / entreprise adaptée
 ☐ SAJ
 ☐ SAMSAH
 ☐ SAVS
 ☐ Foyer d'hébergement adulte

La demande concerne-t-elle : ☐ Un accueil en journée
 ☐ Un accueil à temps plein, y compris la nuit

Notification MDPH accordée : ☐ Oui, pour quelle orientation ?
 ☐ Non ☐ En cours

Structures d'accueil sollicitées :

Nom :	
Adresse :	Téléphone :
Réponse obtenue : ☐ Oui, entrée le	☐ Non

Nom :	
Adresse :	Téléphone :
Réponse obtenue : ☐ Oui, entrée le	☐ Non

Sollicitations effectuées :

☐ Allocation Adulte Handicapé (AAH)

Attribution AAH : ☐ Oui, taux : validité : ☐ Non ☐ En cours

☐ Reconnaissance travailleur Handicapé (RQTH)

Attribution RQTH : ☐ Oui, validité : ☐ Non ☐ En cours

☐ Prestation compensatoire du Handicap (PCH)

Attribution PCH : ☐ Oui, nature et validité : ☐ Non ☐ En cours

☐ Carte Mobilité Inclusion

Attribution Carte : ☐ Oui, taux : ☐ Non ☐ En cours

Situation secteur adulte (post transition)

1. Lieu de vie

Où habite le jeune ?

☐ Au domicile d'un / des parents

☐ En établissement, précisez :

☐ Seul, précisez si aide extérieure :

☐ En couple

Un changement de lieu de vie est-il envisagé ?

☐ Oui, précisez :

☐ Non

2. Occupation actuelle

Structure d'accueil actuelle :

☐ FAM – Foyer occupationnel :

☐ Foyer de vie :

☐ ESAT / entreprise adaptée :

☐ CAJ :

☐ SAMSAH :

☐ SAVS :

☐ Autre :

Un changement de structure d'accueil est-il envisagé ?

☐ Oui, précisez :

☐ Non

VIE QUOTIDIENNE

Alimentation

1. Comportement alimentaire

A la maison	En établissement
1) Pendant les repas ☐ Repas pris seul ☐ Avec sa famille ☐ Avale sans mâcher ☐ Compulsif Temps du repas : ☐ 10 minutes ☐ 20 minutes ☐ Plus longtemps Boissons : ☐ Eau ☐ Autres Ses préférences : Ses aversions : 2) Entre les repas Grignotage : ☐ le jour ☐ la nuit	1) Pendant les repas ☐ Repas pris seul ☐ Avec les autres ☐ Avale sans mâcher ☐ Compulsif Temps du repas : ☐ 10 minutes ☐ 20 minutes ☐ Plus longtemps Boissons : ☐ Eau ☐ Autres Ses préférences : Ses aversions : 2) Entre les repas Grignotage : ☐ le jour ☐ la nuit

2. Difficultés rencontrées

<u>A la maison :</u>	<u>En établissement :</u>

3. Mesures mises en place

A la maison	En établissement
1) Pendant les repas 2) Inter prandiale / Entre les repas ☐ Fermeture des accès à la cuisine, au réfrigérateur ☐ Autres :	1) Pendant les repas 2) Inter prandiale / Entre les repas ☐ Fermeture des accès à la cuisine, au réfrigérateur ☐ Autres :

Activité physique

	A la maison	En établissement
Pratique d'une activité physique (marche, ménage, activités du quotidiens...)	☐ Moins de 30 minutes ☐ Environ 30 - 45 minutes ☐ 1 heure ou plus	☐ Moins de 30 minutes ☐ Environ 30 - 45 minutes ☐ 1 heure ou plus
Pratique d'une activité sportive encadrée (activité physique adaptée) Ordinaire ou adaptée	☐ Oui ☐ Non Activités pratiquées : Fréquence :	☐ Oui ☐ Non Activités pratiquées : Fréquence :
Refuse toute activité	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Fatigable rapidement	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Activités physiques préférées :

Contre-indication à certaines activités ?

Stratégie et outils :

Vie quotidienne

1. Autonomie

Entretien personnel :

A : Sans difficulté

B : Difficilement ou avec aide technique

C : Aide humaine partielle

D : Aide humaine totale

	A	B	C	D	OBSERVATIONS
Faire sa toilette	☐	☐	☐	☐	
S'habiller, se déshabiller	☐	☐	☐	☐	
Manger et boire des aliments préparés	☐	☐	☐	☐	
Couper ses aliments	☐	☐	☐	☐	
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	☐	☐	☐	☐	

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pourquoi ?

2. Bilan éducatif

Aspects	A la maison	En établissement
Relations aux autres (Famille, professionnel, individuel, groupe)		
Communication (Verbale, non verbale, adaptée, efficiente)		
Adaptabilité (Attitude face aux changements, capacité de transfert des acquis, réaction face aux difficultés)		
Rapport aux cadres (Compréhension des règles : lois, règles de fonctionnement, codes sociaux)		

Aspects	A la maison	En établissement
Attitudes lors des apprentissages (Curiosité, créativité, concentration, réaction face à la réussite et à l'échec, attitude face à l'effort)		
Identité (Connaissance de soi-même, enfant/adulte, handicap, masculin/féminin, image de soi et celle donnée aux autres)		
Gestion des émotions (Capacité à exprimer des émotions, à les canaliser)		

3. Habitudes de vie

Addictions :

☐ Tabac

☐ Alcool

☐ Autres, précisez :

Habitudes particulières (rituels...)

Aspects	A la maison	En établissement
Activités que le jeune pratique et aime faire :		
Activités que le jeune n'aime pas faire :		
En cas de comportement de colère ou d'agressivité, des stratégies d'apaisement ont-elles été mises en place ? Si oui, lesquelles ?		

Pour nous permettre de mieux vous connaître, nous annexons l'outil « **Mon GPS Ado/Jeune Adulte** » que vous pouvez remplir seul ou accompagné.

SUIVI SANTE*

Informations que vous souhaitez transmettre

**Nous vous encourageons à vous informer sur les
spécificités du syndrome sur le site de l'association
Prader-Willi France :*

<https://www.prader-willi.fr/>

Coordonnées des référents médicaux / paramédicaux au moment de la transition

Médecin traitant :

Adresse :

Tél :

Email :

Si suivi par médecin du Centre de Référence ou Compétence du syndrome de Prader-Willi :



Médecin référent de la structure médico-sociale au moment de la transition :

Téléphone :

Médecins spécialistes ayant assuré un suivi dans l'enfance : nom, coordonnées

☐ Psychiatre :

☐ Généticien :

☐ Orthopédiste :

☐ Autres :

Autres professionnels de santé :

☐ Psychologue :

☐ Psychomotricien :

☐ Orthophoniste :

☐ Kinésithérapeute :

☐ Diététicien :

☐ Autres :

**Antécédents médicaux /chirurgicaux et pathologies
au moment de la transition**

DESIGNATION	OUI	NON	OBSERVATIONS / PRECISIONS
Allergie	☐	☐	
Scoliose	☐	☐	
Autres anomalies orthopédiques	☐	☐	
Anomalies sensorielles, (visuel, auditif, moteur)	☐	☐	
Interventions chirurgicales	☐	☐	
Diabète	☐	☐	Type de diabète :
HTA	☐	☐	
Troubles du sommeil	☐	☐	
Appareillage	☐	☐	
Epilepsie	☐	☐	
Auto mutilation	☐	☐	
Antécédents psychiatriques	☐	☐	
Autres	☐	☐	

Développement psychomoteur pendant l'enfance

DESIGNATION	OUI	NON	OBSERVATIONS / PRECISIONS
Communique	☐	☐	
Acquisition de la lecture	☐	☐	
Acquisition de l'écriture	☐	☐	
Sait compter	☐	☐	
Rééducation orthophonique	☐	☐	
Evaluations cognitives	☐	☐	
Rééducation et suivi paramédical : orthophonie kinésithérapie nutritionniste	☐	☐	
Suivi par un psychiatre	☐	☐	
Suivi par un psychologue	☐	☐	
Bilan génétique : le diagnostic génétique du syndrome a-t-il déjà été fait ?	☐	☐	

Compte rendu diététique*

** A compléter par un diététicien si suivi diététique ou par vous-même si pas de suivi*

1) Plan de soin diététique

Répartition :

Conseils donnés :

2) Suivi

Fréquence de suivi recommandée :

Objectifs sur le long terme :

PROJET DE VIE

Date :

Rédigé par :

Dernier projet personnalisé à partager ainsi que les bilans de stage et/ou accueil temporaire.

Projet de la personne :

Point de vue de la famille ou du tuteur :

Point de vue de l'équipe pluridisciplinaire :

.

SUITES A DONNER :

Nous remercions pour leur disponibilité et leur contribution à l'élaboration de ce document :

A compléter

ANNEXES

En annexe, vous trouverez le livret « **Mon GPS Ado/Jeune adulte** », outil élaboré par plusieurs partenaires : l'association Prism, l'Institut de Psychiatrie/Réseau de Transition et Psycom Santé Mentale Info.

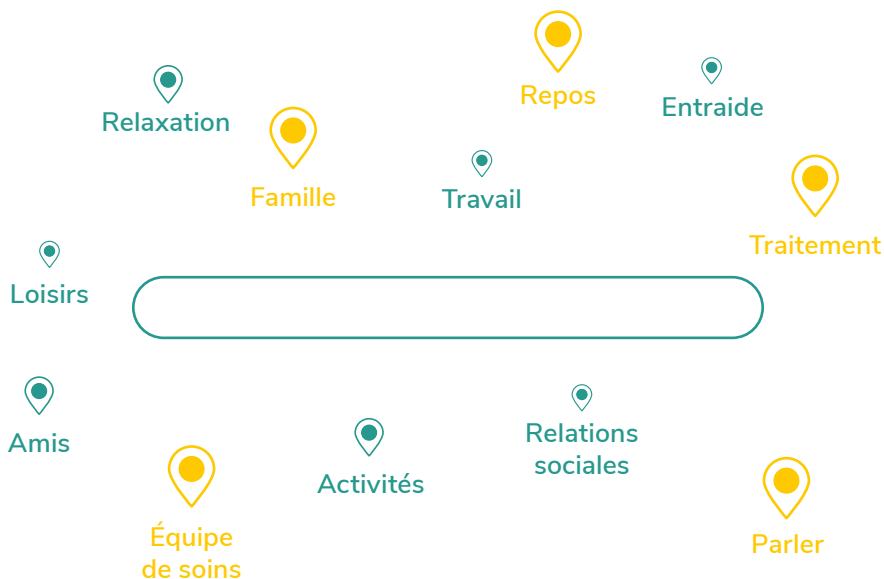
<https://www.psycom.org/agir/la-defense-des-droits/kit-mon-gps>

mon

GPS

ADO/JEUNE ADULTE

Guide Prévention et Soins
en santé mentale



● Me connaître

Ce que je voudrais dire de moi (ce qui m'intéresse, ce qui est important pour moi, les projets que j'aimerais développer...)

Quelques mots pour me décrire
quand je vais bien

quand je vais mal

Comment mon entourage me décrit lorsque je vais bien ?

Comment mon entourage me décrit lorsque je vais mal ?



Je suis vigilant-e si j'ai / je n'ai

Envie de m'isoler, de ne rien faire

Plus l'envie de voir mes ami-es

Plus l'envie ou ne peux plus aller en cours ou au travail

Plus l'envie de prendre les transports en commun

Des difficultés à dormir la nuit

Plus l'envie d'avoir d'interactions sociales (aller au supermarché, dans les magasins...)

Des angoisses, si je me sens tendu-e

Des idées noires/tristesse ou sauts d'humeur

L'impression de perdre le contrôle, le fil de mes idées, d'être confus-e

Une sensation de vide, d'agacement/tension

Des idées bizarres (intuitions, 6^e sens, percevoir des coïncidences...)

Des perceptions inhabituelles (entendre mes pensées, des sons, des goûts inhabituels, voir des choses étranges...)

L'impression d'être observé-e ou que l'on me veut du mal, ne plus pouvoir faire confiance

Des idées intrusives ou qui me perturbent

Des difficultés avec mon hygiène, je ne prends plus soin de mon physique, de mon logement

Autres :

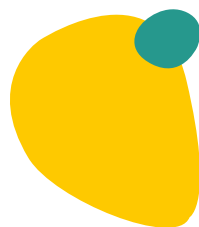
C'est mauvais signe si j'arrête de / si je commence à

Je réagis

En appelant mes personnes de soutien

En me concentrant sur les choses qui me font du bien

En envoyant un mail à mon professionnel référent



Mes personnes de soutien

Les personnes sur lesquelles je peux compter

Nom	Téléphone	Prévenir en cas d'urgence		Informé·e de mon GPS Ado/Jeune adulte	
		Oui	Non	Oui	Non
1					
2					
3					
4					

La personne qui sait souvent ce qui est bon pour moi (notamment si ça va moins bien)

J'ai nommé une personne de confiance *		Qui ?	Téléphone	Informé·e de mon GPS Ado/Jeune adulte	
				Oui	Non



* Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche majeur ou un médecin traitant.

Les professionnels, organismes ou associations qui m’accompagnent

Fonction	Nom	Téléphone
Psychiatre		
Psychologue		
Professionnel référent (infirmier-e, éducateur-trice, pair-aidant-e...)		
Médecin généraliste		
Association, groupe d'entraide		
Autres		

Ce qu’ils peuvent faire pour m’aider

● Ce qui m’aide quand je ne vais pas bien

Ce qui m’aide et qui m’apaise

- Faire du sport
- Voir des ami-es
- Rester au calme
- Me reposer
- Écrire mon journal
- Sortir me balader
- Autres

Ce qui aggrave mon état

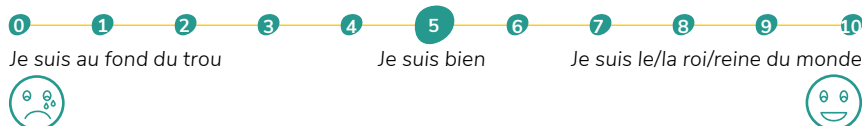
- Sommeil irrégulier
- Consommation d’alcool, de drogues
- Être trop isolé-e
- Être dans un environnement stressant
- Me sentir incompris-e
- Autres

Les personnes que je veux voir ou ne pas voir
quand je ne vais pas bien

Trucs et astuces pour rester zen

J'évalue régulièrement mon humeur

(la durée et l'intensité de ce que je ressens m'aident à être vigilant·e)



J'évalue régulièrement mes émotions

(la durée et l'intensité de ce que
je ressens m'aident à être vigilant·e)



Respirer pour m'apaiser (pendant 5 respirations)

1

J'inspire par le nez



2

Je garde l'air



3

J'expire par la bouche



M'INFORMER, TROUVER DES RÉPONSES À MES QUESTIONS



Santé psy Jeunes : www.santepsyjeunes.fr

Fil santé jeunes : www.filsantejeunes.com

Drogues info service : www.drogues-info-service.fr

● Traitements et thérapies

Mon traitement médicamenteux actuel

Avantages

Je me sens apaisé-e
J'arrive mieux à me concentrer
Mon humeur est stabilisée
Je peux faire mes activités
J'ai envie de voir mes amis

Effets indésirables

Fatigue
Difficultés à me lever le matin
Prise de poids
Tremblements
Troubles de la libido



Si la balance n'est pas équilibrée :
j'en parle à mon psy !
Il existe d'autres molécules/
médicaments.

Les médicaments essayés qui me donnent le plus d'effets indésirables
(à éviter si possible)

Les médicaments qui m'ont le mieux réussi

Thérapies ou activités thérapeutiques (groupe de parole, groupe d'entraide, atelier d'éducation thérapeutique, atelier d'écriture, sport adapté...)

Qui m'ont aidé-e

Que je n'ai pas trouvé utiles

Que je voudrais essayer

Mes autres problèmes de santé

Mes autres traitements médicamenteux, ma contraception

Allergies / intolérances médicamenteuses

Où se situent mes douleurs ? *(douleurs de règles, douleurs musculaires...)*

Ces douleurs sont :



● Si je me sens dépassé·e par la situation...

Les personnes les mieux placées pour évaluer mon état de santé et veiller à ce que j'ai ce dont j'ai besoin

Mes besoins/envies en cas de problème



SI ÇA NE VA VRAIMENT PAS !

Oser appeler mes personnes de soutien ou les professionnels qui m'accompagnent !

Autres ressources disponibles :

- Numéro national de prévention du suicide  **3114**
- Numéro des urgences  **112**

● Et si j'ai besoin d'être hospitalisé·e...

Ce qui pourrait faciliter mon hospitalisation

Être informé·e sur les traitements donnés et sur l'organisation de mon hospitalisation

Ne pas avoir à répéter mon histoire trop souvent

Que ma famille, mes ami·es puissent venir me voir

Pratique religieuse

Alimentation

Choix de mes vêtements

Ce que mes personnes de soutien pourraient faire pour m'aider

Prévenir les responsables de ma formation, mon employeur et les ami·es sur qui je peux compter

Se charger de mes animaux

M'aider au niveau matériel (valise, ordonnance, accès documents administratifs, factures, carte bleue...)



Si une hospitalisation est nécessaire mais que je m'y oppose

Qui pourrait faire la demande d'hospitalisation pour moi ?

Personne que je préférerais que l'on ne sollicite pas

Personne de mon entourage qui souhaite ne pas être sollicitée pour une demande d'hospitalisation

Ce que je voudrais que les professionnels et mes proches respectent

Ce que j'aimerais faire quand je me sentirai mieux (études, formation, travail, voyage, sortie, vacances...)



Simple, Basique

Rester entouré-e



M'appuyer sur mes soutiens



Ne pas garder mes pensées ou mes sensations
désagréables pour moi



Ne pas attendre que les choses s'arrangent d'elles-mêmes



Tout de suite réagir et en parler



Prendre soin de moi, bien manger



Bien dormir, me reposer



Suivre le traitement, si j'ai des questions
j'en parle avec mon médecin ou mon professionnel référent



Éviter les drogues et l'alcool



Me fixer des objectifs



Garder en tête mes projets et mes envies



Me concentrer sur ce qui me motive ou me passionne



Être bienveillant-e avec moi-même



Comprendre qu'aller moins bien n'est pas un retour en arrière



Me rappeler que des aides existent et sont multiples



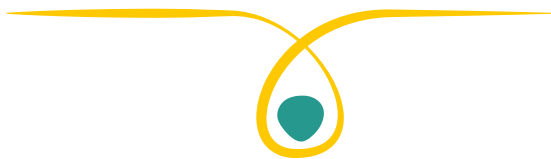
Je peux me rétablir



Avoir conscience de mes forces et mes ressources



Rester optimiste



Ce que je voudrais ajouter

J'ai rédigé « mon GPS Ado/Jeune adulte » avec

J'ai partagé « mon GPS Ado/Jeune adulte » avec

Intégré à mon dossier patient	Non	Oui
Mon ou ma médecin psychiatre en a été informé-e	Non	Oui
J'ai rédigé/actualisé « mon GPS Ado/Jeune adulte » le	/	/

Ma signature

« mon GPS - Guide Prévention et Soins Ado/Jeune adulte » vise à faciliter l'expression et le respect des souhaits des personnes, dans l'hypothèse où elles ne seraient plus en mesure de consentir.

« mon GPS Ado/Jeune adulte » est téléchargeable sur les sites www.psycom.org et www.institutdepsychiatrie.org/reseau-transition/

« mon GPS Ado/Jeune adulte » a été élaboré en partenariat avec l'association PRISM, l'Institut de psychiatrie/Réseau transition et PSYCOM Santé mentale Info.

Nous remercions l'équipe du Cjaad du GHU Paris psychiatrie et neurosciences, les jeunes et les proches qui ont participé à l'élaboration de « mon GPS Ado/Jeune adulte ».

Soutien à la diffusion :



Santé
mentale
France



UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES
QUALIFIÉES LEUR HANDICAPÉES PSYCHIQUE



« mon GPS Ado/Jeune adulte »

est placé sous licence Creative Commons

Attribution-Pas d'utilisation commerciale

Pas de modifications (CC BY-NC-ND 3.0 FR)

creativecommons.org