



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**« LA RECONNAISSANCE LEGALE DU
HANDICAP PSYCHIQUE : QUELS EFFETS SUR LE
TERRAIN ? QUELS NOUVEAUX OUTILS POUR
FAVORISER L'INCLUSION
SOCIOPROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN
SOUFFRANCE ? »**

– Groupe n° 21 –

- Pierre-Yves ALLAIN
- Alexandra BASQUEZ
- Françoise BILON
- Elsa BOUBERT
- Marianne FRANIER
- Laurence LACROIX STARCK
- Patrick MECHAIN
- Flora VAHALA
- Pierrette VERGER

Animatrice :

Florence DELAUNE

Sommaire

REMERCIEMENTS

LISTE DES SIGLES

METHODOLOGIE

INTRODUCTION

I) – LA LOI DU 11 FEVRIER 2005 ET LE PLAN DE SANTE MENTALE 2005-2008: UNE RECONNAISSANCE AMBITIEUSE EN PRISE AUX REALITES DE TERRAIN

A) – LE DEPLOIEMENT D'UNE APPROCHE GLOBALE

- 1) *Une politique aux concepts nouveaux, qui répond au handicap par une batterie de dispositifs :*
- 2) *Quatre ans après : état des lieux*

B) - DES LACUNES ORGANISATIONNELLES LIEES NON SEULEMENT A UN MANQUE DE MOYENS MAIS AUSSI A LA DIFFICILE ADAPTABILITE DES DISPOSITIFS EXISTANTS.

- 1) *Les spécificités du handicap psychique questionnent la pertinence de l'application des outils d'évaluation du handicap ainsi que de l'adaptabilité des organisations.*
- 2) *un manque de moyens dans le champ sanitaire, social et médico-social nuit à la nécessaire articulation dans l'accompagnement et l'inclusion socio-professionnelle des personnes handicapées psychiques.*

II - D'UNE LOGIQUE D'INTEGRATION A UNE DYNAMIQUE D'INCLUSION SOCIO-PROFESSIONNELLE : PERSPECTIVES POUR L'AMELIORATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES

A) -LE DEVELOPPEMENT DE RESEAUX INTEGRES, OUTILS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES, IMPLIQUE UNE ACCULTURATION DES PROFESSIONNELS CONCERNES

- 1) *- De la filière au réseau : la personne handicapée psychique au cœur du dispositif*
- 2) *Le développement de réseaux intégrés implique une acculturation tant des professionnels que des élus locaux*

B) L'AMELIORATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES PASSE PAR UNE ACCULTURATION DE LA SOCIETE CIVILE ET PAR UNE EVALUATION DES POLITIQUES MENEES

- 1) *- Le passage d'une logique d'intégration à une réelle logique d'inclusion implique une acculturation de la société civile aux problématiques du handicap psychique*
- 2) *- L'évaluation des politiques menées, de l'engagement à l'implication des acteurs.*

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

GLOSSAIRE

ANNEXES

Remerciements

Nous souhaitons adresser nos plus vifs remerciements aux personnes rencontrées, pour leur disponibilité, la qualité de l'accueil qui nous a été réservé, l'accès à la documentation concernant leurs institutions et la qualité des échanges :

- . Monsieur Jean-Yves BARREYRE, Directeur de l'ANCREAI, délégation Ile de France ,
Directeur du CEDIAS
- . Monsieur Philippe BEAUCULAT, responsable pôle accès aux droits à la MDPH des
Pyrénées Orientales (66),
- . Monsieur André BICHE directeur du Groupement de coopération sanitaire et médico-
social le FIL ROUGE (35),
- . Monsieur Jacques FAYOLLE, Président de la section Ile et Vilaine de l'UNAFAM (35)
- . Docteur Pierre GODART, psychiatre au Centre Hospitalier Spécialisé de Pau et référent
du dispositif PASSERELLES (64),
- . Madame Marie Yvonne GUYON, membre de l'association UNAFAM 35
- . Monsieur LAUNAT, psychologue au Centre Hospitalier Guillaume Rognier, Rennes (35),
membre de la Fédération Croix Marine ;
- . Docteur Denis LEGUAY, psychiatre au CESAME à Sainte Gemmes (49),
- . Docteur LEMARIE, psychiatre, chef de service, Unité G05, Centre Hospitalier Guillaume
Rognier, Rennes (35)
- . Monsieur LE MOULEC, directeur de l'association Espoir 35, Rennes (35)
- . Monsieur Claude POULLELAOUEN, coordonnateur général des soins au CESAME à
Angers (49),
- . Madame Noëlle ROQUEBLAVE, assistante sociale, Pôle médico-social, Centre
Hospitalier de Montfavet (84)
- . Madame Françoise TOUX, Responsable du Pôle Médico-Social, Centre Hospitalier Saint
Anne, Paris (75)
- . Monsieur Jean-François BRAUD, Madame Sylvie CHENU, Madame Anne-Noëlle
DELAYRE, chargés d'accompagnement, SAVA de Mordelles (35)

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapée

AMF : Association des Maires de France

ANCREAI : Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées

ANESM : Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CDAPH : Commission des Droits pour l'Autonomie des Personnes Handicapées

CEDIAS : CEntre de Documentation, d'Information et d'Action Sociale

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CME : Comité Médical d'Etablissement

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

COFIL : COmité de PILotage

CSP : Code de la Santé Publique

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DRASS : Direction Régionale de l'action Sanitaire et Sociale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation en Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESEPH : Equipe Spécialisée d'Evaluation du Handicap Psychique

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FNAPSY : Fédération Nationale des Patients

GCSMS : Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GEVA : Guide d'EVALUATION des besoins de compensation de la personne handicapée

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

IME : Institut Médico-Educatif

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

MIRE: Mission de Recherche de la DREES

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PDITH : Programme Départemental d'Insertion des Personnes Handicapées

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé

SAVA : Service d'Accompagnement à la Vie Active

SAVS : Service d'accompagnement à la Vie Sociale

UDAF : Union départementale des Associations Familiales,

UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades

SESSAD : Service d'Education de Soins Spécialisés et d'éducation A Domicile

Méthodologie

Notre démarche a consisté, dans un premier temps, à apprendre à nous connaître en exposant au groupe nos parcours et expériences respectifs, ainsi que les motivations, compétences et talents que nous avons mis au service du travail accompli.

Après une première journée consacrée aux échanges sur le sujet du handicap psychique au cours de laquelle nous avons pu nous accorder sur une première approche de problématique à traiter, nous avons rapidement défini de concert un programme d'action, assorti d'une définition des règles de vie, d'organisation et de travail du groupe.

Pour la réalisation des entretiens avec les personnalités compétentes sur notre sujet, nous avons choisi de nous répartir équitablement, en veillant à systématiquement mixer les équipes afin de multiplier les synergies possibles.

Des rencontres avec l'animatrice ont permis de préciser, recentrer ou enrichir de son expérience notre réflexion.

Parallèlement, pour déterminer les binômes de rédacteurs lors de la phase d'écriture de l'exercice, nous avons également poursuivi dans cette dynamique de brassage des métiers et compétences, afin de permettre à chacun d'appréhender la totalité des aspects du sujet, à l'opposé d'une vision parcellaire et spécialisée. Nous avons choisi de faire en sorte que les binômes rédacteurs ne soient pas ceux qui avaient réalisé les entretiens correspondants aux parties rédigées, afin de faire en sorte de ne pas spécialiser chacun dans un domaine. Ce choix a obligé à mettre en œuvre une communication au sein du groupe pour assurer la transmission des acquis de chaque entretien, mais cette rigueur supplémentaire a permis à chacun d'obtenir une bonne vision de l'ensemble de la situation.

La dynamique de groupe nous a permis de dépasser les rares dissensions conceptuelles nées de la diversité des participants. Le fait de nous rencontrer dans un cadre convivial et chaleureux, en dehors des travaux du MIP, a renforcé la connaissance de chacun et permis d'améliorer la cohésion du groupe.

Face des imprévus (comme, notamment, en matière de programmation des entretiens professionnels), le groupe a su faire preuve de réactivité et mobilisé ses ressources en vue d'inclure rapidement de nouveaux interlocuteurs pertinents dans le cadre de notre étude.

Aujourd'hui, à l'heure où s'écrivent ces dernières lignes, les efforts de tous se sont concentrés dans le sérieux et la bonne humeur, afin de mettre la dernière main à ce rapport traitant de la question de l'inclusion socio-professionnelle des personnes handicapées psychiques, près de quatre ans après la reconnaissance légale de celles-ci.

SHAKESPEARE, Hamlet, acte I, scène IV:

*« L'homme que le hasard ou la nature a marqué, pourquoi
faut-il que toutes ses autres vertus en soient obscurcies
dans le regard des autres? »*

Introduction

« *Ce sont des choses vertigineuses. On découvre des gens perdus et qui essaient de s'en sortir, des univers parallèles. (...) A chaque moment, je me dis que ça pourrait aussi être nous* » déclare Zabou Breitman, à propos de sa pièce, « les gens », actuellement au Théâtre du Petit Montparnasse, réalisée à partir de documentaires réalisés en 1988 par Raymond Depardon sur les urgences psychiatriques.

Ainsi, la question du handicap - et plus précisément du handicap psychique - traverse la société civile depuis les années 1970 et suscite aujourd'hui encore un intérêt particulier.

La loi du 23 novembre 1957 sur le handicap s'adresse exclusivement aux personnes atteintes d'un handicap physique. Le handicap psychique étant exclu, considéré comme relevant de la psychiatrie. Lucien Bonnafé et les psychiatres de Saint-Alban¹ s'insurgent contre cette vision séparatiste de l'hôpital et de la réadaptation sociale.

Avec la circulaire du 15 mars 1960 s'opère un revirement de situation. C'est ainsi que « le malade ne doit plus être isolé mais intégré ». La notion de secteur est introduite afin d'assurer une continuité du traitement en un même lieu. Déjà, la dynamique partenariale prenait corps dans le champ de l'accompagnement des patients relevant de la psychiatrie.

Pourtant, la loi du 30 décembre 1970 intervenait, séparant au sein de l'hôpital, la santé mentale et la psychiatrie des autres disciplines médicales.

En 1975, la garantie des droits fondamentaux des handicapés est abordée de manière différente : l'insertion. On passe d'un système dit « d'assistance » à un système dit de « solidarité nationale ».

Cependant, force est de constater que de 1975 à 2000, la notion de handicap psychique, bien qu'amorcée, n'est pas clairement identifiée. Quatre phénomènes notables pressentent l'émergence de la notion du handicap psychique :

L'efficacité de la psychiatrie par des découvertes chimiques et psychothérapeutiques. Elle se traduit par la réduction du temps d'hospitalisation et le retour dans les familles. Mais paradoxalement, on constate une nouvelle visibilité des pathologies psychiatriques et de nouvelles stigmatisations.

La notion de déficience mentale apparaît, qui désigne aujourd'hui ce que l'on recouvre sous le vocable de déficience psychique. En outre, une importance est donnée à la garantie de

ressources minimales aux personnes handicapées. En 1998, les statistiques démontrent d'ailleurs qu'une personne sur quatre bénéficie d'une pension d'invalidité versée par la sécurité sociale.

A cette période, on assiste à une diminution considérable du nombre de lits de psychiatrie, parallèlement à un essor du secteur médico-social.

Les patients suivis pour des troubles mentaux sont confrontés à des situations d'impasse, donnant le jour à de nouvelles précarités professionnelles, familiales et sociales. Une articulation des politiques de soins et d'insertion s'avère dès lors nécessaire.

L'action sociale repose dorénavant sur l'évaluation des besoins : la loi du 2002-2 du 2 janvier 2002, dans son chapitre introductif aux droits des usagers, dispose que l'évaluation des besoins est indispensable à l'action sociale.

En parallèle, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, institutionnalise les réseaux de santé. Ainsi, le code de santé publique en son article L. 6321-1 dispose que «les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations ou activités sanitaires ».

Au plan international, Philipp WOOD, de la mission de l'organisation mondiale de la santé (OMS) propose, en 1975, une définition du handicap basée sur la notion de déficit organique ou anatomique dont les conséquences entraînent une incapacité à exercer ou réaliser des activités sociales ou quotidiennes, c'est-à-dire, une incapacité d'accéder à certains rôles au sein de la société.

La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) envisage, pour sa part, les situations d'incapacité à partir des conséquences de la maladie.

De 2000 à 2005, des efforts en vue d'une reconnaissance effective du handicap psychique se développent. Ainsi, des enquêtes réalisées auprès des populations concernées et des travaux parlementaires sont menés afin de tenter d'apporter une définition au handicap d'origine psychique, avec, en filigrane, l'ambition d'aider au changement de regard de la société sur les personnes concernées.

A cette occasion, le rapport du Député Charzat, commandité par Ségolène Royal, alors ministre délégué à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, démontre le lien existant entre handicap psychique et handicap mental. Il explique « *qu'il faut insister sur le fait qu'il*

1 Centre Hospitalier de Saint Alban (48) où durant la seconde guerre mondiale furent posées les bases de ce qui deviendra la « psychothérapie institutionnelle »

n'est pas de frontière entre handicap mental et handicap psychique - les troubles graves des fonctions psychiques retentissent sur les capacités intellectuelles et les apprentissages, et la déficience intellectuelle est assez fréquemment associée à des troubles psychiques, soit en raison de la pathologie d'origine, soit en raison de la souffrance psychique qu'elle entraîne ».

Fort de ces avancées, le législateur intervient en créant la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, laquelle offre une définition nouvelle du handicap et intègre dans ce champ, le handicap psychique.

Désormais, le handicap se définit ainsi qu'il suit²: « constitue un handicap toute limitation ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Ces nouveaux concepts se traduisent par des dispositifs d'accompagnement pour les usagers, les familles et les professionnels et invitent à un changement radical de mentalité, dans la continuité de la loi sur l'action sociale et médico-sociale.

Le plan « psychiatrie et santé mentale » 2005/2008 et le SROS 3 s'accordent sur la nécessité d'une approche globale sanitaire et médico-sociale afin d'optimiser la réponse aux besoins de la personne handicapée psychique, notamment en termes d'inclusion.

Par opposition à la notion d'intégration, qui suppose l'ajustement de la personne à son environnement, l'inclusion – dans ses deux dimensions, sociale et professionnelle -, implique une adaptation de l'environnement à la personne.

Quatre ans après cette évolution législative majeure, il convient de s'intéresser aux résultats produits par ces textes : les pratiques observées depuis la mise en œuvre de ces dispositions correspondent-elles aux ambitions du législateur ? Les outils et dispositifs introduits se sont-ils révélés adaptés, suffisants ? Les personnes handicapées psychiques ont-elles, concrètement, vu leur situation s'améliorer au sein de la société ?

Ainsi, il s'agira d'une part, d'établir un état des lieux de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques (I) et, d'autre part, d'envisager diverses perspectives d'amélioration de la politique d'inclusion socio-professionnelle de ces populations (II).

D) – La loi du 11 février 2005 et le Plan de Santé Mentale 2005-2008: une reconnaissance ambitieuse en prise aux réalités de terrain

La loi du 11 février 2005 a été l'aboutissement légal d'une réflexion menée dès les années 90, notamment par les associations d'usagers, sur le handicap psychique et l'insertion sociale des personnes en souffrant. A partir de cette réflexion, la loi de 2005 et le Plan de Santé Mentale ont établi les principes d'une politique globale de compensation du handicap psychique et d'inclusion des personnes handicapées, et ont créé et financé les dispositifs afférents. On a donc, depuis 2005, une montée en puissance d'une politique globale du handicap psychique (A). Malheureusement, cette politique n'a pu réaliser toutes ses ambitions, confrontée à un manque de moyens et des lacunes organisationnelles, ainsi qu'à une inadaptation dans certaines de ses dimensions, aux particularités du handicap psychique (B).

A) – Le déploiement d'une approche globale

La loi du 11 février 2005 a mis en oeuvre une approche globale du handicap psychique, fondée sur des concepts nouveaux pour le domaine (la compensation du handicap, l'inclusion de la personne dans la société, l'individualisation des réponses apportées à son handicap) et sur la mise en place de dispositifs et d'outils adaptés (1). Quatre ans après, il est possible de dresser aujourd'hui un premier tableau de la mise en oeuvre de cette politique (2).

1) Une politique aux concepts nouveaux, qui répond au handicap par une batterie de dispositifs :

La loi du 11 février 2005 introduit la dimension psychique dans une définition nouvelle du handicap, dépassant l'approche médicale, pour prendre en compte la contribution de l'environnement à la constitution de celui-ci. Ce texte a pour ambition de définir une politique du handicap qui donne aux personnes handicapées un accès à tous les droits fondamentaux reconnus aux citoyens. Cette notion d'accessibilité est étendue, à la fois, à tous les types de handicap (physique, sensoriel, psychique, polyhandicap) et à tous les domaines de la vie en société : éducation, emploi, citoyenneté, culture, soins, loisirs.

De plus, elle reconnaît le droit de chaque personne handicapée à la compensation des conséquences de son handicap, quels que soient son âge, son mode de vie, l'origine ou la nature de sa déficience. La loi pose ainsi le principe du droit à compensation, relevant de la solidarité nationale. Il est mis en oeuvre tout d'abord par les MDPH (guichet unique garantissant l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des usagers), dans un souci de proximité et de

simplification. L'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire est ensuite garantie par la CNSA.

En 2005, la reconnaissance du handicap psychique est renforcée par la mise en place du Plan de Santé Mentale. Ce plan triennal fixe les axes forts en faveur des personnes souffrant de handicap psychique et encourage le développement des services d'accompagnement, la création de GEM, l'accès au logement et la mobilisation des dispositifs de travail protégé.

La loi handicap consacre donc un important changement conceptuel dans l'approche des relations entre la collectivité et la personne handicapée.

a) Une nouvelle approche :

Avec la loi de 2005 et dans la continuité de la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale³, les besoins individuels de la personne handicapée sont pris en compte grâce à l'élaboration d'un projet de vie. En formulant ses besoins et ses aspirations, la personne handicapée est associée en tant qu'acteur à la construction de son propre projet de vie. On passe alors d'une notion de « prise en charge » à la promotion de l'autonomie et de la dignité de la personne. C'est dans cet esprit et à partir du projet de vie individualisé que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH évalue les besoins de la personne et établit un plan personnalisé de compensation qui s'inscrit dans une approche globale de la personne.

Cette nouvelle conception du handicap a pour effet la mise en place d'outils qui permettent aux personnes handicapées, dans un processus d'égalisation des chances, d'accéder à une autonomie et une participation sociale pleine et entière.

b) Des outils en réponse à la nouvelle conception du handicap

La loi de 2005 a défini le **droit à compensation** comme un droit universel. Sa réalisation est assurée par la création de la nouvelle prestation de compensation du handicap. Evaluée à partir du guide d'évaluation des besoins de compensation (GEVA), la PCH peut consister en une aide humaine, technique, spécifique ou exceptionnelle. De plus, grâce à l'allocation d'adulte handicapé, la solidarité nationale garantit à chaque personne handicapée un minimum de ressources. Un complément de ressources peut être attribué aux personnes se trouvant dans l'incapacité quasi-absolue de travailler.

La prise en compte de la dimension environnementale du handicap conduit à faire de l'accessibilité un pilier essentiel de la politique du handicap. L'obligation d'accessibilité concerne tous les handicaps et s'impose aux différentes composantes de la vie collective.

En matière d'accès à l'éducation, l'existence d'un droit à la scolarisation est reconnue et la scolarisation en milieu ordinaire constitue le droit commun. Un plan personnalisé de scolarisation est intégré au plan de compensation global de l'enfant.

De plus, la loi de 2005 promeut **l'intégration professionnelle** des personnes handicapées en réaffirmant le principe de non discrimination. L'employeur doit mettre en œuvre les aménagements possibles afin de maintenir, faire accéder ou faire évoluer toute personne handicapée dans son entreprise. Par ailleurs, les entreprises sont soumises à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés et seront soumises à majoration de contribution en cas de non respect du quota de personnes à recruter. Il convient, à ce stade, de noter qu'une nouvelle philosophie dans la politique de l'emploi des personnes handicapées est engagée et s'appuie, en positif, sur l'évaluation des capacités de la personne et non plus sur l'incapacité de la personne. De plus, la question de l'insertion professionnelle des personnes souffrant de handicap psychique est largement prise en compte au sein des programmes départementaux d'insertion professionnelle (PDITH). En confortant le rôle des dispositifs de travail protégé, la loi permet ainsi l'ouverture des ESAT aux personnes handicapées psychiques.

En matière d'**hébergement**, les besoins des personnes handicapées psychiques sont très variables d'une personne à l'autre et évoluent au cours de la vie. Les personnes doivent pouvoir accéder à toute la gamme des solutions d'hébergement allant du logement indépendant ou collectif jusqu'à des formules d'accueil et d'hébergement spécialisées. Le secteur médico-social apporte une réponse à ces besoins à travers les foyers d'hébergement, les foyers de vie, les foyers occupationnels, les maisons relais et les résidences d'accueil. Notons toutefois que les MAS et les FAM constituent une réponse davantage adaptée aux patients très dépendants, nécessitant une assistance dans les actes essentiels de la vie ainsi qu'une surveillance médicale. En sus du dispositif d'hébergement, il est nécessaire de proposer un accompagnement social et médico-social aux personnes souffrant de handicap psychique. SAVS et SAMSAH seront mobilisés pour répondre à ce besoin.

Enfin, en concrétisant les GEM, la loi de 2005 offre, dans le cadre d'un accueil de type club, la possibilité aux personnes handicapées psychiques de **retisser le lien social** par le biais

³ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002

de rencontres et d'activités culturelles, de loisirs ou sportives. Concept innovant, le GEM devient alors le maillon manquant entre le médical, le médico-social et le social.

2) Quatre ans après : état des lieux

Il convient désormais de s'interroger sur les effets produits aujourd'hui sur le terrain par cette reconnaissance légale du handicap psychique.

De nombreux exemples illustrent les progrès consécutifs au changement conceptuel consacré par la loi et aux outils correspondants. Ainsi, Monsieur Launat⁴ souligne « *l'effet conséquent de la loi de 2005 du point de vue de l'intégration sociale des personnes souffrant de handicap psychique par le collectif, l'associatif* ». Il ajoute que cette loi a eu des répercussions sur les usagers mais également sur les professionnels, qui ont dû travailler de manière plus partenariale. Dans la dynamique de cette loi, diverses procédures adaptées à ce type de handicap ont donc été effectivement mises en place. En outre, si de nombreuses initiatives en faveur de l'insertion des personnes souffrant de handicap psychique sont nées avant même la loi de 2005 et le plan de santé mentale, ceux-ci ont permis de les faire aboutir en leur donnant une véritable existence juridique.

La nouvelle approche globale et pluridisciplinaire consacrée au niveau juridique s'est traduite par le développement de nombreux réseaux. Parmi eux, le réseau Galaxie comprend aujourd'hui une vingtaine de structures issues du secteur social, médical, de l'insertion ou de la formation, réparties sur l'ensemble du territoire national, orientées vers le handicap psychique. Dans la continuité de la loi de 2005, une convention signée avec la CNSA a reconnu ce réseau pour travailler en partenariat avec l'UNAFAM et l'ESEPH, sur les modalités de l'évaluation du handicap psychique et de la compensation, en lien avec les MDPH. Autre exemple concluant, le dispositif « PASSERELLE » créé à Pau, qui s'inscrit dans le prolongement d'un travail de terrain partenarial visant à faciliter l'insertion sociale et professionnelle de personnes présentant un handicap d'origine psychique. Il s'agit d'obtenir un statut de pleine citoyenneté par l'accès au monde du travail pour les bénéficiaires de cette action.

La création de lieux d'entraide mutuelle, encouragée par la loi et le plan de santé mentale, fait également l'objet d'un bilan très positif. Fin 2008, 333 GEM étaient en fonctionnement. L'engouement qu'ils ont suscité montre à quel point la question de la solitude et du maintien du lien social est essentielle, attente ne pouvant être satisfaite par l'offre de soins. Ainsi, à Rennes,

⁴ Psychologue au Centre Hospitalier Guillaume Rénier de Rennes et militant au sein de la Fédération Croix Marine
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

la structure « L'Autre regard » existait déjà depuis 1985 et a inspiré les textes relatifs aux GEM : il s'agissait de donner aux personnes handicapées psychiques la possibilité d'être actives au sein de la structure, tout en étant encadrées par un coordonnateur. Dans la mesure où cette structure fonctionnait déjà, les financements accordés dans le cadre de la circulaire d'août 2005 ont permis de créer un GEM dédié aux jeunes (18-33 ans). En outre, le groupe GEM Ouest a été initié en 2006 afin de favoriser « l'entraide pour l'entraide » : il s'agit de réunir des GEM pour diffuser des informations et les aider à s'autonomiser.

En matière d'éducation et de scolarisation, élément important de la politique légale d'accessibilité, des efforts importants ont été fournis pour le développement de SESSAD et d'ITEP en direction des enfants et adolescents souffrant de troubles dits du comportement. Ainsi, au 1^{er} janvier 2009, on comptait 36 304 places de SESSAD et 14 630 places en ITEP. Pour les adultes, 110 500 places en ESAT ont été dénombrées. A titre d'exemple, l'ESAT hors les murs «La Main et L'oeuvre» de l'ADAPT, constitue un outil concret d'insertion professionnelle en milieu ordinaire. Avec 7 mises à disposition et 10 CDD signés, les résultats obtenus sont très encourageants. Autre expérience porteuse, l'association Messidor (Rhône Alpes), née de la volonté de promouvoir un nouveau statut : «Établissement de Transition par l'Activité Professionnelle ». Agissant dans la Drôme et le Rhône, elle accompagne 400 personnes en situation de handicap psychique en transition. Il s'agit d'aider des personnes fragilisées par des troubles psychiques à retrouver de l'autonomie et des capacités de travail, en leur proposant un parcours en milieu adapté avec un statut de travailleur. Dans cette optique, Messidor a notamment pu mettre en place un partenariat avec l'ADAPT Rhône sur le Diagnostic d'Accès à l'Emploi.

Les avancées en matière de logements dédiés aux personnes en situation de handicap psychique sont également notables. Dans la continuité du programme d'expérimentation de résidences sociales⁵, la circulaire du 3 mars 2008 fait ainsi état de 2959 places nouvelles qui devraient être financées. Par ailleurs, le programme des pensions de famille, ayant créé les résidences accueil, a débuté en 2007 avec 378 places. Au 31 décembre 2008, 807 places étaient effectivement ouvertes.

Enfin, les services d'accompagnement social et médico-social ont connu un réel développement. Au 1^{er} janvier 2009, 910 SAVS et SAMSAH (soit 30 300 places) ont pu être

5 Note d'information DGAS du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil

recensés. Ainsi, l'association Espoir 35 à Rennes a ouvert en 2001 son premier SAVS totalement dédié au handicap psychique. Aujourd'hui, près de 74 personnes sont suivies par la structure, au plus proche de leurs besoins (vie quotidienne, hygiène, soins courants, observance du traitement...), en se concentrant sur la qualité des relations humaines, et non plus exclusivement sur le soin. L'un des objectifs pour Espoir 35 est l'ouverture prochaine d'un deuxième SAVS.

Malgré ces réalisations, la politique du handicap psychique n'a cependant pas pu concrétiser toutes ses ambitions : des lacunes sont apparues, dues à plusieurs facteurs.

B) - Des lacunes organisationnelles liées non seulement à un manque de moyens mais aussi à la difficile adaptabilité des dispositifs existants.

La politique du handicap psychique n'a pu réaliser toutes ses ambitions pour plusieurs raisons. D'abord, le handicap psychique présente des spécificités par rapport aux autres types de handicap, qui font que les outils de compensation utilisés peuvent ne pas être adaptés à la situation des personnes handicapées psychiques (1). Ensuite, les moyens financiers affectés n'ont pas toujours suffi (2).

1) Les spécificités du handicap psychique questionnent la pertinence de l'application des outils d'évaluation du handicap ainsi que de l'adaptabilité des organisations.

La spécificité du handicap psychique est caractérisée par l'instabilité des troubles et leur aspect non visible. Les troubles psychiques se distinguent par deux grandes caractéristiques :

- une grande dispersion dans la gravité, pouvant aller d'une complète autonomie moyennant un suivi sanitaire, à une perte totale d'autonomie nécessitant des séjours hospitaliers fréquents et/ou prolongés, voire une solution d'hébergement médico-social de type MAS ou FAM ;
- une variabilité ou une intermittence conduisant à des ajustements incessants, la stabilisation n'étant parfois qu'une étape plus ou moins longue dans une évolution positive ou non de la maladie. Selon la personne, le moment de sa vie, le besoin de prise en charge médicale est donc plus ou moins lourd et l'aptitude à vivre de façon autonome plus ou moins grande.

Le rapport du député Michel Charzat⁶ a clairement mis en évidence, en 2002, les caractéristiques propres à ces troubles et les besoins qu'ils induisent. Les conséquences graves qui en résultent pour la personne ont conduit les pouvoirs publics à en reconnaître, dans la loi du 11 février 2005, le caractère handicapant pour la vie sociale. Celle-ci recouvre les diverses situations de handicap que peuvent générer des troubles psychiques durables. Elle vise les difficultés rencontrées par les personnes dans leur vie quotidienne et leur participation sociale,

⁶ Rapport Charzat, *op. cit.*

les incapacités reconnues les plus importantes concernant les habiletés psychosociales. Les phases d'apragmatisme⁷ peuvent entraîner l'inactivité et le confinement chez soi, une inaptitude temporaire ou prolongée à s'orienter dans l'espace et dans le temps, à gérer sa sécurité et à maîtriser son comportement dans les relations avec autrui.

Au regard de ces spécificités, on peut se demander s'il est pertinent d'appliquer les mêmes outils et modalités d'évaluation. Mais avant tout, qu'attend-on de l'évaluation? Celle-ci doit permettre de connaître les **besoins** de la personne en situation de handicap d'origine psychique afin de déterminer un **plan de compensation** adapté à sa situation personnelle et environnementale.

Pour répondre à la question posée, nous nous référons, pour une large part, à la recherche-action menée dans quinze départements français par le CEDIAS et la délégation ANCREAI Ile-de-France, ainsi qu'à l'entretien que nous avons eu avec Monsieur Jean-Yves Barreyre, directeur de ces deux organismes⁸

Nous ferons, tout d'abord, état des constats émis concernant l'utilisation des différents outils tels que le GEVA, le projet de vie, le plan de compensation:

Le GEVA doit permettre une approche situationnelle en ayant une visibilité des interactions entre les caractéristiques des personnes et celles de leur environnement. Les expérimentateurs considèrent que l'outil papier n'est pas adapté à une approche pluridisciplinaire active. Au delà de la forme, son contenu même fait qu'il est encore trop souvent utilisé comme un outil administratif et d'éligibilité qui ne permet pas de prendre en compte la diversité des situations ni leur complexité, ni surtout les effets du handicap psychique sur la vie quotidienne des personnes.

L'incapacité à faire ou à agir n'est pas prise en compte dans les critères d'évaluation. Or, cette carence crée une inaccessibilité à un plan de compensation et d'accompagnement qui découlerait de ce critère. Pour être complète et adaptée à la spécificité du handicap psychique, l'évaluation devrait permettre de mesurer tant les incapacités (qui donnent des indications sur les compensations à mettre en place), que les capacités (qui donnent des indications sur l'insertion possible et sur lesquelles il est essentiel de s'appuyer pour reconquérir de l'autonomie).

L'étude ci-dessus mentionnée fait référence aux « *environnements handicapants* » qui peuvent parfois être la cause de l'altération d'une fonction psychique. L'altération substantielle et

7 Incapacité à agir et à décider

8 Cette étude d'un an et demi sous l'égide d'un COPIL regroupant la CNSA, les directions du ministère santé et solidarité, la mission nationale d'appui en santé mentale, l'UNAFAM, la FNAPsy, la Fédération Croix Marine et différents experts a été financée par la CNSA et a fait l'objet d'un colloque en mars 2009.

durable est un critère difficile à retenir lorsque le diagnostic n'est pas arrêté ou évolutif, notamment chez l'enfant. Les équipes de la MDPH s'appuient souvent sur le caractère substantiel.

La grille d'autonomie du certificat médical est jugée inadaptée pour décrire le retentissement des troubles psychiques sur la vie quotidienne et sociale. Dans quelques départements, l'introduction d'un nouveau certificat médical, jugé pertinent, se heurte toutefois à une incompatibilité avec le GEVA.

Concernant le **projet de vie**, l'étude réalisée par le CEDIAS et l'ANCREAI fait apparaître que seuls 50 projets de vie sur 120 dossiers sont formalisés, la majorité étant portée par l'entourage. Le concept de « projet de vie » fait l'objet de nombreuses réticences de la part des professionnels pour diverses raisons liées à la méconnaissance de l'utilisation qui en est faite, et à la difficulté pour les personnes handicapées psychiques de le formuler (difficulté à se projeter, à avoir du désir et nécessité d'un accompagnement sur la durée avant de pouvoir émettre des choix). Aussi, le projet de vie ne peut être selon les personnes rencontrées, bien souvent, que le fruit d'une lente maturation. En outre, les professionnels s'interrogent sur le risque de dépossession pour la personne de son histoire, du fait de l'appropriation par une équipe pluridisciplinaire de ce projet (risque d'interprétation erronée basée sur la seule observation de quelques signes).

Les dysfonctionnements actuels relevés dans les MDPH⁹ sont de nature à favoriser ces craintes. La MDPH ne prend en compte que les demandes formulées. Or souvent, les personnes handicapées psychiques sont réticentes à exprimer une demande qui les ferait apparaître sur l'espace public et officialiserait leur "déficience". Aussi, la possibilité d'exprimer des choix est-elle d'autant plus réduite, notamment pour les personnes isolées, n'exprimant pas de désir ou dans le déni de leur pathologie.

La situation des enfants s'est améliorée mais présente encore beaucoup de lacunes, notamment dans le cadre des plans personnalisés de scolarité, peu présents dans les dossiers et les pratiques. Leur parole en tant qu'acteur de leur projet ne fait pas l'objet d'une évaluation globale sur le territoire français. Cette absence de conformité avec la loi rend encore plus difficile la scolarisation en milieu ordinaire pour les enfants souffrant de troubles psychiques.

L'efficacité du **plan de compensation** proposé aux intéressés tient à la qualité de l'évaluation effectuée par l'équipe pluridisciplinaire, à l'articulation de l'ensemble des intervenants, ainsi qu'à la qualité du fonctionnement de la CDAPH.

⁹ Rapport du sénateur Paul Blanc, juillet 2007, *op. cit.*

L'une des principales critiques faite par les acteurs participant à l'étude précitée tient au fonctionnement de la MDPH dont l'interprétation est jugée trop souvent comptable et déconnectée des besoins réels de la personne accompagnée. L'exclusion des activités domestiques du champ de la PCH peut compromettre le maintien à domicile. Sont également constatées des orientations vers des structures médicosociales à défaut de services à domicile adaptés mobilisables ou des demandes de PCH aide humaine pour des sortants d'hospitalisation à défaut de places en établissement.

La reconnaissance du handicap et l'attribution des prestations fait encore l'objet de débats. La réticence des médecins de la MDPH à accorder une RQTH ou une AAH à des jeunes, si elle a pour motif de ne pas figer une situation, interroge sur une égalité de compensation du handicap selon l'âge. L'application quasi systématique des tranches d'incapacité rend plus difficile l'appréciation de l'évolution de la situation, n'est pas bien comprise des intéressés et est source de recours contentieux. Dans certains cas, l'attribution de l'AAH ne relève pas de critères légaux mais de considérations d'ordre moral liée à l'utilisation qui peut en être faite. La CNSA a rappelé récemment que les limitations fonctionnelles et/ou les restrictions dans les activités sociales devaient guider les décisions. La place que doit occuper la MDPH dans l'approche globale de la situation, aussi bien en termes de besoins que de réponses possibles sur le territoire, est interrogée.

2) un manque de moyens dans le champ sanitaire, social et médico-social nuit à la nécessaire articulation dans l'accompagnement et l'inclusion socio-professionnelle des personnes handicapées psychiques.

La question du logement évoque autant la difficulté à habiter que le manque de logements adaptés. Si certaines personnes relèvent exclusivement d'institutions spécialisées, pour d'autres, ces structures constituent un cadre trop lourd qui ne permet pas à ceux qui souhaitent vivre en logement autonome et sont aptes à le faire, d'évoluer favorablement. Il s'agit, en effet, non seulement de répondre dans des conditions décentes à leur besoin de logement, mais aussi d'y garantir leur maintien, qui passe par un accès effectif aux soins mais aussi parfois par un accompagnement au quotidien. Pourtant, les professionnels constatent une carence de places dans les dispositifs qui permettent l'accès et le maintien dans le logement (SAVS, SAMSAH...). D'autre part, les personnes handicapées font partie de la population ayant les plus faibles revenus et les carences de logement social, comme pour la société civile, sont un frein réel à l'autonomie. Cette situation est dommageable tant pour les intéressés que pour la collectivité pour laquelle une solution alternative serait moins onéreuse. La question du logement est, par conséquent, particulièrement sensible tant celui-ci est également source de stabilité pour la personne

souffrant de handicap psychique, à l'instar de l'environnement professionnel. Tout changement de domicile, fut-il réalisé pour aller vers une structure plus adaptée, est donc potentiellement source de déséquilibre et de décompensation. Il convient, en la matière, d'agir en observant une certaine prudence.

La loi du 11 février 2005 favorise l'inclusion professionnelle des personnes handicapées psychiques. Or parallèlement, le management moderne, dans notre société de la performance, des contrats d'objectifs, de l'évaluation et de la qualité, produit des troubles et de la souffrance.¹⁰ Le handicap psychique et l'insertion professionnelle sont au carrefour de cultures, voire d'idéologies, susceptibles de s'affronter, mais aussi de s'enrichir mutuellement, à la condition qu'aucune ne cherche à s'imposer à l'autre.

Le premier frein à l'emploi selon les associations et les professionnels est bien la méconnaissance qu'ont de leurs troubles les entreprises et les partenaires de l'insertion. Les dispositifs spécifiques sont insuffisants et surtout l'absence de coordination entre les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux et de l'insertion professionnelle, est peu favorable à une prise en charge cohérente. Tel est le constat effectué par le PDITH 92. D'autre part, le souci de l'insertion professionnelle n'émerge après la résolution des problématiques plus prégnantes: soins, logement, isolement.

Concernant l'accès au milieu protégé, selon une étude menée par l'UNAF¹¹ auprès des majeurs protégés au sein de leurs services, 20 % d'entre eux, protégés pour troubles psychiques, occupent un emploi (la moitié en milieu protégé). Actuellement 10 000 personnes sont sur les listes d'attente des établissements de travail dédiés au handicap psychique. Or, le secteur est traversé par des préoccupations liées à leur devenir économique dans le contexte de la transposition de la directive service issue du droit communautaire et de nouvelles règles de gestion budgétaire issues de la loi de 2005.

Les directeurs d'établissements et services d'aide par le travail ont récemment protesté contre la « pression » financière exercée contre leurs établissements, qui risque de les conduire à « sélectionner » les personnes les moins handicapées. Accueillant en milieu protégé 17 % de la population handicapée en âge et en capacité de travailler, les directeurs d'ESAT dénoncent des règles budgétaires assimilables à une tarification à l'activité, alors que la prise en charge des pathologies les plus compliquées ou le vieillissement de la population, nécessitent davantage de souplesse. Selon l'association, 30 à 40 % des établissements seraient en déficit depuis l'application de ces nouvelles orientations budgétaires.

10 Revue « les grands dossiers de sciences humaines », numéro 12 « Malaise au travail »

11 D'après une enquête réalisée par l'Observatoire de recherche statistique de l'UNAF sur appel d'offres de la MIRE, 2007.

Concernant l'accès au milieu de travail dit « ordinaire », si des progrès ont été faits, l'insertion en milieu professionnel des personnes handicapées psychiques reste insuffisante. Dans la fonction publique, censée être exemplaire, le taux d'emploi des personnes handicapées est de 3,55 %. Les orientations « emploi en milieu ordinaire » préconisées par la MDPH sont parfois jugées peu réalistes en raison de l'inadéquation des potentiels au marché du travail local. Si ces orientations, qui ne sont pas révisées avant plusieurs années, ne font pas l'objet d'une analyse par les référents en capacité de réagir comme c'est le cas du « SAVA », la situation est figée et la décision devient source de souffrance pour la personne concernée. Les expériences réussies dans ce domaine semblent peu nombreuses et ne font pas à ce jour l'objet d'un bilan précis.

S'agissant du maintien dans le monde du travail, les situations d'inaptitudes sont passées en 10 ans de 70 000 à 150 000, en raison, notamment, du contexte d'exigence de rentabilité. D'autre part, les entreprises soumises à l'obligation d'embauche d'un quota de personnes handicapées ayant des politiques volontaristes peuvent aussi voir leurs actions, pourtant bien intentionnées, perverties. C'est le cas du dépistage systématique des salariés reconnus travailleurs handicapés ou susceptibles de l'être, certes pour leur permettre de bénéficier d'aides, mais aussi pour renforcer le quota. L'effet pervers est la stigmatisation qui en résulte, surtout lorsque la personne a délibérément choisi de ne pas faire état de sa maladie, ou, bien que fragile, elle ne se reconnaisse pas comme handicapée.

La politique du handicap, si elle connaît d'incontestables succès, n'a donc pas pu réaliser toutes ses ambitions. Il existe cependant des perspectives d'amélioration : l'inclusion socio-professionnelle est favorisée par l'arrivée à maturité de réseaux intégrés, qui associent des institutions partenaires des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour assurer un accompagnement continu de la personne handicapée psychique. Parallèlement, avec le recul disponible sur cette politique, il est souhaitable d'avoir aujourd'hui une vision plus globale de la situation, par l'évaluation des politiques menées et la mise en place d'outils d'observation prospectifs.

II - D'une logique d'intégration à une dynamique d'inclusion socio-professionnelle : perspectives pour l'amélioration de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques

Pour réaliser les ambitions de la politique d'inclusion dessinée depuis 2005, trois démarches sont à mettre en œuvre de concert : le développement de réseaux intégrés, l'acculturation des professionnels et de la société civile (A), et l'évaluation des politiques menées (B).

A) Le développement de réseaux intégrés, outils de prise en charge des personnes handicapées psychiques, implique une acculturation des professionnels concernés

La logique nouvelle d'inclusion des personnes handicapées psychiques s'incarne dans un fonctionnement en réseau, associant tous les secteurs (social, médico-social et sanitaire). Il s'agit de répondre de la meilleure façon au besoin d'inclusion et d'**utilité sociale** exprimés par les personnes accompagnées. Pour fonctionner, les réseaux doivent s'organiser autour de la personne handicapée (1), mais ils nécessitent également une évolution culturelle des professionnels concernés (2).

1) De la filière au réseau : la personne handicapée psychique au cœur du dispositif

S'appuyant sur le double constat d'une spécificité des besoins en termes d'accompagnement de la personne souffrant de handicap psychique, d'une part, et d'une parcellisation des modalités de cette prise en charge, d'autre part, il convient de repenser les modalités de l'inclusion de ces personnes en promouvant une logique de réseau. On l'a vu précédemment, les exemples réussis de structure d'accompagnement des personnes handicapées psychiques sont organisés sous forme de réseau de partenaires.

Dans le droit fil des préconisations du Plan Santé Mentale en matière de développement de réseaux de santé mentale, il s'agit désormais de passer d'un fonctionnement en filière à une organisation décloisonnée des multiples intervenants autour de la personne souffrant de handicap psychique, placée au cœur du dispositif. Seule à même de permettre une véritable approche situationnelle de la personne, cette dynamique de réseau contribuera à en finir avec les parcours « flipper » qui ballottent celle-ci entre institutions et services, et garantir un continuum véritable. Ainsi, selon Pierre Doussinet¹² : « *l'encadrement social est la prothèse du handicapé psychique. L'accompagnement doit donc s'adresser à tous et durer aussi longtemps que le handicap*

perdure: on n'enlève pas sa prothèse à une personne handicapée. Pour autant, cette prothèse doit être adaptée ».

L'objectif d'un travail en réseau est d'articuler l'ensemble des acteurs de la prise en charge afin d'offrir un « panier » de modalités d'accompagnement, sur la base d'un projet de soins et de vie individualisé défini par l'intéressé lui-même. Il s'agit de permettre une fluidité nouvelle du cheminement de la personne handicapée psychique. Les concepts-clefs de cette orientation sont la transversalité, la multidisciplinarité, la promotion des échanges et des partenariats. A l'instar de la mutation des notions de psychiatrie vers celle de santé mentale, l'inclusion du handicap psychique dans la société ne peut être réalisée qu'au prix d'interfaçages réels et constructifs entre les différents acteurs : professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social, la cité – à travers les élus, notamment -, le monde du travail, celui de l'éducation et de la formation, les bailleurs, mais également les familles et, enfin, les personnes elles-mêmes, dans le cadre de relations d'entraide mutuelle. Déjà, le Rapport Charzat en 2002¹³ soutenait l'idée que l'articulation du projet de soin et du projet de vie suppose « *une implication des équipes de soins dans la cité, autant qu'une ouverture de la cité aux personnes souffrant de troubles mentaux* ».

Cette « *logique de travail en réseau, condition de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques* »¹⁴ a vocation à permettre une véritable réponse à la fois individualisée et cohérente, susceptible de faire face aux différentes phases du handicap psychique (entre renforcement de l'accompagnement et retour vers l'autonomie), afin que les périodes critiques ne s'analysent pas comme des « *démissions alternées* »¹⁵, mais bien comme des prises en charge communes de la personne souffrante.

Pour les professionnels, ce nouveau paradigme doit permettre d'éviter la personnalisation de l'échec de réinsertion du patient (et partant, de prévenir l'apparition de syndromes de « burn-out ») pour aller, plutôt, vers une mutualisation des expériences et des ressentis et une recherche commune de solution aux cas les plus délicats. Pour y parvenir, certains éléments semblent devoir être définis. Ainsi, Claude Volkmar¹⁶, et Luc Chave¹⁷ insistent, comme en matière d'autisme, sur la nécessité d'avoir des processus de prise en charge « *structurants* », une véritable politique de suivi des projets individualisés et un « *étayage* » des acteurs de l'accompagnement (aidants naturels et professionnels). Il convient, également, dans le panel des modalités de prise

12 Secrétaire Général de la Fédération Croix Marine en 1957

13 Rapport Charzat, *op. cit.*, 2002

14 Titre de l'article de René Baptiste, président du collectif ARAMIS, in CREAI Rhône-Alpes, juin 2007 ; « Handicap psychique, de la reconnaissance aux réponses de terrain »

15 *ibid.*

16 Directeur du CREAI Rhône-Alpes

en charge, de bien distinguer le rôle propre à chaque institution ou service. Ainsi seulement pourront être expérimentées des prises de risques mesurés dans une structure sécurisante et une distanciation avec les relations fusionnelles grâce à l'intervention de tiers soignants et accompagnants. Car *« sollicitude, continuité, contenance, diversification tempèrent la dangerosité des angoisses de destruction, favorisent l'intégration progressive d'expériences positives et consolident le moi du sujet, son sentiment d'existence. »*¹⁸

Les conditions de la réussite d'une bonne coopération reposeront donc sur :

- une **organisation structurée**. Ceci pose la question de la forme juridique que doit prendre le réseau afin de permettre une égalité de traitement et de responsabilité entre les institutions et services partenaires. Le Fil Rouge, par exemple, a pris la forme d'un GCSMS. Pour autant, il convient de se garder de toute tentation à la généralisation à ce stade d'évolution des processus.
- un **pilotage et des règles de fonctionnement claires**. C'est là qu'intervient tout le questionnement sur le choix de l'organisme le plus adapté pour assurer ces missions de pilotage et de coordination. La question est posée de l'opportunité des MDPH dans ce rôle, au coeur de la mise en oeuvre des politiques du handicap et de l'accompagnement médico-social à l'échelon territorial, ainsi que de la garantie du droit à compensation.
- l'existence d'un **protocole de communication** entre les différents intervenants (afin d'assurer une traçabilité des acquis du parcours de la personne handicapée psychique). A la question du difficile équilibre à trouver entre le respect du secret médical et professionnel et la nécessaire organisation d'un partage des données, l'ANCREAI répond par un outil de recueil d'informations personnelles garantissant à la fois la confidentialité, la circulation des données pertinentes, et le droit d'accès et de rectification de l'intéressé aux informations le concernant.¹⁹
- un **ancrage territorial** fort. Il s'agit ici, comme en matière de prise en charge d'autres populations vulnérables comme les personnes âgées, de constituer un maillage territorial des modalités d'accompagnement afin de répondre aux besoins apparaissant à l'échelle d'un bassin de vie.
- une **formation commune** (afin de développer un langage et des valeurs communs, ainsi qu'une culture du partenariat chez les différents acteurs)
- une **évaluation** des processus de réinsertion/inclusion, ainsi que des organismes

17 Directeur de l'association « accompagner le handicap psychique en Isère (ALHPI) »

18 CREAI Rhône-Alpes, juin 2007 ; « Handicap psychique, de la reconnaissance aux réponses de terrain »

19 Protocole de présentation d'une situation de handicap psychique. On peut également se reporter au protocole développé par le Dr Lafont-Rapnouil pour le pôle psychiatrie de l'hôpital de Créteil, qui permet de communiquer sur la situation d'un patient aux partenaires d'un réseau.

– une **pérennité des financements**.

Par ailleurs, quelques freins résiduels devront être levés. Tout d'abord, il est essentiel d'opérer un changement de centre de gravité dans l'organisation de la prise en charge : la logique de réseau suppose de passer d'une tendance hospitalo-centrique à un véritable principe de subsidiarité, où chaque acteur voit son rôle propre reconnu par les autres. Ensuite, la question des conditions de l'implication de certains psychiatres dans ces démarches doit être abordée. Dans un contexte de raréfaction démographique des professionnels de cette discipline, associé à une très faible valorisation de l'activité de « réseau », comment dépasser la traditionnelle faiblesse de culture du partage de la profession? D'un point de vue plus structurel, l'organisation et la promotion de réseaux de prise en charge et d'accompagnement des personnes handicapées psychiques peut-elle voir le jour de manière cohérente sans une articulation préalable des différents schémas et documents de planification (sanitaires, médico-sociaux, d'action sociale) ? On ne peut qu'en espérer un gage de cohérence et de permanence des acteurs, et partant, des actions. Enfin, il importe que les initiatives locales, à l'origine des réseaux, soient portées institutionnellement.

Cependant la mise en place de ces réseaux bute également sur des obstacles d'ordre culturels, chez les professionnels impliqués, ainsi que chez les responsables politiques concernés.

2) Le développement de réseaux intégrés implique une acculturation tant des professionnels que des élus locaux

La mise en place de réseaux intégrés pour la prise en charge des personnes handicapées psychiques est encore aujourd'hui ralentie par des facteurs culturels chez les professionnels. D'une manière différente, il est encore nécessaire de sensibiliser les élus locaux aux problématiques du handicap psychique, étant donné le rôle important qu'ils ont à jouer dans la mise en oeuvre de politiques efficaces en faveur du handicap psychique.

Des facteurs culturels empêchent aujourd'hui le bon fonctionnement de ces réseaux, voire gênent leur mise en place : séparation historique des secteurs sanitaires et sociaux, cloisonnement entre ces institutions, différence de modes de pensée, de culture, de fonctionnement entre les deux domaines. Ceux-ci ont, en effet, été séparés depuis 1975, malgré un mouvement de rapprochement depuis le début des années 1990. A cela s'ajoutent des différences issues des entités responsables (Etat ou département), des modes de financement, des formations des professionnels, des modes de fonctionnement (repli sur l'institution protectrice ou

bien ouverture sur la Cité) qui ont contribué à mettre en place deux cultures distinctes et séparées, qui doivent aujourd'hui travailler de concert et ne plus s'observer de loin.²⁰

Du côté sanitaire, des acteurs témoignent de réticences à orienter les patients vers les services sociaux, une fois le soin terminé²¹. Cette attitude semble également s'expliquer par une ambition des services de soin d'arriver à prendre en charge entièrement la personne handicapée psychique, sans en avoir aujourd'hui les moyens financiers et humains. Cela fait écho à une inquiétude de voir leurs patients être désormais entièrement pris en charge par le secteur médico-social, et par là même d'observer en parallèle un déplacement des moyens financiers du secteur sanitaire au secteur médico-social (principe de fongibilité).

Un deuxième facteur, propre aux services médico-sociaux, est la méconnaissance par les professionnels nouvellement chargés de la prise en charge des personnes handicapées psychiques des spécificités de ce handicap, par rapport aux autres handicaps. Ce problème est à la fois culturel et lié à une insuffisance de formation. Pierre-Yves Le Moulec souligne le rôle que peuvent jouer les professionnels du secteur sanitaire en faisant bénéficier les acteurs du médico-social de leur expérience dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques.²² Ce défaut de sensibilisation touche particulièrement le personnel des MDPH, ainsi que les bailleurs sociaux et logeurs, ce qui entraîne des difficultés dans l'intégration professionnelle ou l'accès au logement des personnes handicapées psychiques.

Un troisième facteur visible gênant le développement de ces réseaux est lié à la culture humaniste des domaines sanitaires psychiatriques et médico-sociaux, qui privilégient dans leur fonctionnement, la relation interpersonnelle, alliée à une forte tradition de l'oralité dans la transmission des savoirs et des informations. Cette situation peut peser sur la pérennité des dispositifs : le réseau peut se retrouver fortement diminué si une personne au cœur du dispositif vient à le quitter, lui faisant perdre tout le bénéfice des relations personnelles tissées auparavant.

20 Ainsi, lors de l'audition par la commission chargée de la réflexion sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale (commission Couty), le docteur Bernard Durand, président de la Fédération Croix Marine, avait souligné cette différence des mentalités, l'atténuation de cette différence par la mise en place d'une culture commune, et la nécessité de cette culture dans le fonctionnement des réseaux.

21 J. Fayolle, président de l'UNAFAM 35 : les services sanitaires peuvent être réticents à orienter les personnes vers les services sociaux une fois que les patients ont accepté de se soigner.

P-Y Le Moulec, directeur d'Espoir 35: la communication se passe de mieux en mieux avec le temps, bien que partie d'un niveau bas. Certains services sanitaires sont aujourd'hui demandeurs de l'intervention des services sociaux (suivi continu des personnes ré-hospitalisées par les professionnels du SAVS) tandis que d'autres sont encore réticents.

22 La fédération Croix Marine souligne d'ailleurs que de plus en plus d'internes en psychiatrie demandent à effectuer des stages dans des services médico-sociaux: on peut y voir un signe encourageant quant à la mise à bas des barrières entre les deux domaines et une opportunité de partage de l'expérience et de création d'une culture commune.

De même, le partage nécessaire entre entités différentes au sein des réseaux peut s'en trouver gêné.

Pour dépasser ces écueils, il est donc nécessaire de formaliser clairement les réseaux et les doter d'outils variés : des réunions de synthèse, une communication organisée et favorisée, des référents au sein de chaque service pour dialoguer avec les autres entités notamment.²³ Cette culture commune suppose une confiance mutuelle des acteurs, dont l'émergence s'inscrit dans la durée.

La nécessité d'une plus forte sensibilisation des responsables politiques :

La nécessité de sensibiliser les élus au handicap psychique a été soulignée par les différentes associations : les élus locaux peuvent assumer le rôle d'autorité morale pour la mise en place et le développement d'un réseau, à défaut de toute approche opérationnelle. A cet égard, on peut souligner notamment le rôle central que le président du conseil général, à la fois responsable de la politique sociale du département et président du conseil d'administration des CHS, peut avoir à jouer dans la mise en place des dispositifs coordonnés de prise en charge, ainsi que dans la rédaction du schéma départemental du handicap, en association avec les services déconcentrés. Dans cet échiquier, les conseillers généraux, en charge de ces dossiers au premier plan, ne sont pas en reste. Cette implication ne peut toutefois se décréter, et on doit souligner ici le rôle des associations dans ce domaine.

B) L'amélioration de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques passe par une acculturation de la société civile et par une évaluation des politiques menées

Au delà des avancées offertes par la mise en œuvre de la loi de 2005, deux axes d'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées psychiques restent encore à développer : l'acculturation de la société civile afin de passer d'une logique d'intégration à une logique d'inclusion (1) et l'évaluation des politiques menées dans un souci de perfectionnement permanent du dispositif (2).

1) - Le passage d'une logique d'intégration à une logique d'inclusion implique une acculturation de la société civile aux problématiques du handicap psychique

L'enquête de la DRASS du Nord pas de Calais « Santé mentale : images et réalités » (2008), révèle que deux tiers des personnes interrogées associent les comportements violents et

²³ Ainsi des responsables « case manager » du réseau Fil Rouge, référents de plusieurs cas donnés pour tous les partenaires du réseau

criminels à la maladie mentale²⁴. Cette stigmatisation, relayée par les médias, induit une peur certaine de la société civile à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques et limite les effets de la loi de 2005 à une simple tentative d'intégration.

Afin de passer à une logique d'inclusion, impliquant une sensibilisation de la société civile (employeurs, bailleurs, éducation nationale...) aux besoins des personnes handicapées, il s'agit de donner au handicap psychique la visibilité qui lui manque.

Dès juin 2001, «*pour faire exister la population en cause*», le Livre Blanc des partenaires de la santé mentale²⁵ proposait, «*de la désigner par un nom qui la distingue des autres handicaps*». Aussi le législateur a-t-il nommé le « handicap d'origine psychique » en 2005 afin de lui donner droit de cité.

En outre, afin de pallier l'invisibilité du handicap psychique, de grandes campagnes de prévention et de sensibilisation de la société civile ont été mises en place tant par les associations et que par les pouvoirs publics²⁶. Ces actions d'information commencent à porter leurs fruits.

Ainsi, le travail sur les représentations du handicap psychique mené par l'Association Fil Rouge a permis, en quatre ans, de faire entrer la question du handicap psychique dans les préoccupations des acteurs de l'emploi (notamment Cap'Emploi), au côté des problématiques de prise en charge des différents handicaps physiques.

Si nommer le handicap est indispensable à sa reconnaissance et à son acceptation par la société civile, cela ne reste pas moins porteur d'un risque non négligeable.

Jean Furtos souligne ainsi que «*la catégorie, (...) est affligée d'une ambivalence native : elle reconnaît la place, et c'est sa gloire, mais elle rétrécit le champ des possibles, voire elle stigmatise, et c'est cette perversité qui donne à certains la peur et le refus des "étiquettes"*»²⁷. En effet, l'étiquetage des pathologies contient en lui-même le risque d'alimenter la maladie en véhiculant des stigmates, qui seront intégrés par les individus souffrants, entraînant ainsi une

24 Cette image est alimentée par le traitement médiatique de certaines affaires, comme celles de Pau (2004) ou de Grenoble (2008).

25 Signé par l'UNAFAM, la FNAPSY et la Fédération Croix marine certes, mais aussi par l'Association Française de Psychiatrie, la Fédération Française de Psychiatrie et la Conférence Nationale des Présidents des CME des hôpitaux psychiatriques

26 Nous pouvons notamment évoquer la campagne «*Accepter les différences ça vaut aussi pour les troubles psychiques*» de la FNAPsy, l'UNAFAM et de l'Association des Maires de France (cf. annexe 6) ou «*La dépression, en savoir plus pour en sortir*» de l'INPES menée en octobre 2007 (cf. annexe 5).

27 Furtos, Jean ; «*Ordonner le réel sans stigmatiser*», in *Rhizome*, n°26, mars 2007

aggravation des symptômes et, à terme, une aggravation de la pathologie. Ainsi, si la création du DSM a enrichi le travail en psychiatrie, elle réduit aussi l'individu à sa pathologie²⁸.

C'est d'ailleurs cette crainte de la stigmatisation des populations visées qui a mené l'Association Fil Rouge à réviser sa politique d'information auprès des employeurs. L'association a renoncé à une campagne de sensibilisation qui présentait, selon André Biche, le risque « *d'agiter le chiffon rouge* », de véhiculer des représentations négatives du handicap psychique auprès des employeurs. Aussi, l'association a opté pour une stratégie de communication autour des exemples d'inclusion réussie.

Rendre visible sans stigmatiser. La fragilité de l'équilibre à trouver explique pourquoi, quatre ans après la loi de 2005, la pertinence du vocable « handicap psychique » est à nouveau questionnée.

L'inclusion des personnes handicapées repose également sur une évaluation des politiques menées afin de rentrer dans une dynamique d'amélioration continue de la prise en charge des populations concernées.

2) L'évaluation des politiques menées, de l'engagement à l'implication des acteurs

Des initiatives locales intéressantes et opérantes ont vu le jour avec succès. Pour autant, seront-elles transposables uniformément sur l'ensemble du territoire sans une politique d'évaluation des résultats en amont ?

α) Vers une démarche systématique d'évaluation pour une adaptation des organisations en faveur des personnes handicapées psychiques

Les constats pris en compte lors de nos entretiens²⁹ portent notamment sur des évolutions repérées en terme de développement de soins mieux adaptés dans les CHS, de partenariats utiles. Ils pointent également les limites des secteurs psychiatriques et des outils d'évaluation en cours. Nous retiendrons quelques notions :

- Les soignants sont encore souvent insérés dans une logique sanitaire d'unités d'hospitalisation et ne peuvent donc envisager d'autres possibilités pour les malades (faute de solutions d'aval).

²⁸ *Ibid.*

²⁹ Voir la liste des personnes rencontrées et remerciements.

- Les malades sont dans une difficulté majeure pour se percevoir et percevoir autrui. Cela se traduit par des symptômes touchant la sphère relationnelle, les actes de la vie quotidienne, la capacité à se réaliser et à être indépendant.
- La vision demeure encore fortement hospitalo-centrée et les cloisonnements entre les secteurs sanitaire, social et médico-social restent importants³⁰.

Les principes de l'élaboration du projet de soins³¹ et du projet de vie contenu dans la loi du 2 janvier 2002, ne sont pas, selon nos interlocuteurs, soutenus partout de la même manière. Toutefois, la recherche de la participation du malade à son projet conduit les professionnels à l'aider et l'épauler sur trois axes : la chimiothérapie, la psychothérapie, la réinsertion sociale. Rarement, elle vise à rechercher une véritable inclusion sociale. Il faut pour cela valoriser la « posture d'autodétermination » qui, selon André Biche³², contribue à positionner l'intervention de manière adaptée. Il s'agit de « ne pas savoir pour la personne *a priori* » mais être « dans la co-construction des parcours ».

Pour les personnes handicapées psychiques, les professionnels utilisent des échelles d'évaluation, comme le GEVA. C'est, selon Philippe Beauclat³³, « *un outil réglementaire qui est peu adapté au handicap psychique. Une réflexion nationale est en cours pour adapter ce guide* ». Pour les médecins interrogés, il faut tenir compte d'un des soucis majeurs qui est la « *variabilité des troubles* » impliquant une nécessaire variabilité de la Compensation (PCH) : en fonction des conditions concrètes de vie, de prise de traitement.

Pour le docteur Denis Leguay, « *on ne peut évaluer sans soigner* » et l'objectif est de savoir compenser le handicap de manière adéquate et éviter de le surévaluer. Il propose, à cet effet, la création d'un « Centre Ressource Handicap Psychique » ayant pour vocation d'explorer les fonctions cognitives (regarder un film, lire un livre par exemple, sans être perturbé par des gênes de mémoire), les fonctions exécutives (se lever, s'habiller, se laver, dans un ordre cohérent), les habiletés sociales (savoir comment se déplacer, par exemple). Il serait mobilisable en amont du traitement de la demande par la MDPH.

Il faut définir les besoins de la personne pour adapter au mieux la compensation en terme d'hébergement, d'aide à la vie sociale, d'emploi. C'est un des enjeux des MDPH³⁴ qui attendent un soutien sur ce plan de la part des équipes de psychiatrie.

β . Mesurer la qualité du service rendu

30 C'est un des griefs important fait par les associations d'usagers « le CHS est sur-institutionnalisé, il est cloisonné, étouffé. Il reste dans son enceinte. Il est difficile de sortir le soin de l'hôpital » Monsieur Le Moulec, association Espoir35.

31 Cf. rapports de certification de plusieurs CHS, sur le site de la HAS.

32 Directeur de Fil Rouge

33 Responsable à la MDPH de Perpignan

Cette démarche facilitera ensuite « *la fluidité de ces parcours* »³⁵. Toutefois pour les professionnels, la reconnaissance du travail sur le secteur avec les nécessaires liens à soutenir avec les partenaires n'est pas encore suffisamment inscrite dans les politiques institutionnelles. Il persiste selon eux des lourdeurs en lien avec la charge de travail induite par le métier à l'hôpital et par l'activité extérieure. La définition d'un projet médical permettant de conduire les actions de manière cohérente est recherchée à l'hôpital. Car, « *faute d'une conception collective des conditions de soins, tout travail singulier avec le patient se révèle difficile, impossible ou plus long* »³⁶. Certains établissements ont fait le choix d'organiser les soins de manière spécifique en créant des services dédiés. D'autres, ont gardé le secteur comme organisateur des soins. L'avantage d'un service dédié est qu'il est en mesure de développer une expertise dans l'évaluation des niveaux de handicap et dans la mise en œuvre d'actions de soins spécifiques souvent en lien avec d'autres acteurs pour favoriser l'insertion. Il est utile, à chaque fois, que les coordinations avec le secteur soient définies. Cependant, que quel que soit le mode d'organisation, le travail avec les partenaires dépend fortement de l'engagement des acteurs et de leur expertise. La manière de soutenir cette motivation dépend des politiques institutionnelles définies et conduites.

Toute politique s'appuie sur une identification des besoins. Celle-ci doit reposer sur des instruments adaptés. Aujourd'hui, des outils de mesure³⁷ ont été élaborés par les équipes elles-mêmes. Ces mesures restent toutefois partielles et reposent sur des initiatives locales en appui parfois de la réalisation du Projet d'Etablissement ou en lien avec la délégation ANCREAI de région³⁸.

La création de Centres Ressource Handicap Psychique au niveau régional pourrait stabiliser les concepts : pathologie/handicap, soins/assistance. Une clarification s'impose donc qui aiderait, selon Claude Poullelaouen³⁹, à éclairer les rôles des IDE des secteurs ou des équipes mobiles de psychiatrie, ainsi que des équipes mixtes (SAMSAH)⁴⁰. Il favoriserait aussi la réflexion utile à la création d'outils de référence, comme la réalisation de guides de bonnes pratiques ou de conférences de consensus en lien avec la HAS, l'ANESM et la CNSA. Par la suite, l'expertise régionale serait déployée localement auprès des professionnels qui connaissent bien les personnes mais manquent d'outils adaptés et de réflexion sur les organisations et les

34 Pour Philippe Beauculat, il est important pour la MDPH de travailler en lien avec les équipes de psychiatrie.

35 tel que le souligne à son tour le docteur Denis Leguay

36 Pierre Godart

37 Comme au CHS de Pau et de Thuir par exemple a été utilisé un type d'outil d'évaluation qui est présenté en annexe 1

38 A l'exemple du protocole de présentation d'une situation de handicap psychique créé par la délégation CREA I d'Ile-de-France, la DDASS du Val-de-Marne et le Conseil Général du Val-de-Marne

39 Coordonnateur Général des soins du CESAME à Angers

40 Cf. rapport Couty concernant la formation des infirmiers en psychiatrie.

moyens. La circulaire de la DHOS du 08 avril 2009⁴¹ vient de plus de retenir des indicateurs d'évaluation.⁴²

D'autres modalités d'évaluation sont encore à développer selon les personnes rencontrées. L'efficacité des dispositifs mis en œuvre est ainsi à mesurer avant d'en envisager leur transposabilité. S'il existe des indicateurs quantitatifs⁴³ utilisés en appui de la justification de financement ou auprès des tutelles (nombre d'entrées ou de sorties du dispositif, nombre d'orientations, etc.), il manque encore des indicateurs qualitatifs de suivi, permettant la mesure de l'amélioration de la qualité de vie des personnes (maintien dans l'emploi, observance des traitements, qualité de l'hébergement, participation à la citoyenneté, etc.). Il serait judicieux d'envisager une association des représentants d'utilisateurs à ces évaluations.

Conclusion

La reconnaissance légale du handicap psychique en 2005 a été l'occasion de penser une politique globale d'inclusion des personnes handicapées psychiques dans la société, reposant sur la mise en place d'outils innovants. Des dispositifs plus anciens sont montés en puissance avec succès grâce aux financements débloqués ultérieurement, du fait de ce coup de projecteur: SAVS et SAMSAH en matière d'accompagnement, GEM en matière d'entraide, FAM et MAS en matière de logement adapté. Des outils d'évaluation et de compensation du handicap, auparavant réservés à d'autres types de déficience, ont été ouverts au handicap psychique (GEVA, PCH...).

La reconnaissance légale du handicap psychique par la loi de 2005 n'apparaît cependant pas comme la cause première du développement de cette politique : elle fait suite à une réflexion menée depuis les années 1990 par les associations d'utilisateurs et de familles, qui a réussi à entrer dans le débat public jusqu'à déboucher sur l'adoption de la loi et plus tard sur la construction du Plan Santé Mentale.

41 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2009 dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale,

42 Les indicateurs concernent :

- Les allocations de crédits de l'ONDAM hospitalier effectuées en région, selon les différents axes définis par le plan
- Les données d'impact du plan, relatives aux champs suivants :
 - les évolutions de capacités de prise en charge sanitaire, réalisées à la faveur des financements du plan,
 - la mise en place des centres de ressources pour auteurs de violences sexuelles,
 - la montée en charge des équipes mobiles de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité et d'exclusion,
 - le développement des structures de prise en charge des troubles psychiques des adolescents,
 - la mise en œuvre du dispositif de formation des infirmiers nouvellement en exercice en psychiatrie

43 A titre d'exemple : Point d'étape semestriel de l'Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés, actualisation des données 2007 et premières tendances 2008. On retrouve la même logique pour Fil Rouge et Passerelles. Des échelles d'évaluation de la qualité de vie existent mais ne sont pas utilisées ; celle-ci semble plutôt évaluée de manière implicite.

Cette politique n'a cependant pas pu réaliser toutes ses ambitions, faute de moyens et d'adaptation des outils de prise en charge du handicap aux spécificités des troubles psychiques. Le manque de familiarité des professionnels avec la réponse à apporter à la souffrance psychologique est, également, un obstacle à la réalisation de ces politiques innovantes, tout comme certaines barrières culturelles persistantes (réticences ou manque d'habitude au partenariat entre les professionnels, stigmatisation des troubles psychiques au sein de l'opinion publique...). La politique du handicap psychique souffre également d'une double cécité : elle n'a qu'un retour partiel sur elle-même, l'évaluation des politiques menées étant encore récente et lacunaire dans son aspect qualitatif, et elle n'a pas de vision prospective à cause de l'inexistence d'un outil d'observation des besoins. Face à ces limites, le pari de l'inclusion n'est donc pas aujourd'hui entièrement réussi et constitue un défi à relever.

En outre, à l'heure de la mise en place de la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAPsy) et de l'adoption de la loi relative à *l'hôpital, au patient, à la santé et aux territoires*, la politique d'inclusion du handicap psychique va devoir s'adapter à un environnement sanitaire et médico-social en pleine mutation.

Le passage à un système de financement à l'activité pour la psychiatrie présente en effet le risque de limiter davantage les activités de secteur au profit d'un repli hospitalo-centré, en contrepoint de la dynamique impulsée en 2005. La VaPsy devra donc prendre en compte cette particularité du travail des équipes de psychiatrie dans le réseau.

De même, si la mise en place des Agences Régionales de Santé est porteuse d'espoir en ce qu'elle est un nouvel espace de coordination des politiques sanitaires et médico-sociales, celles-ci devront néanmoins veiller à définir des politiques cohérentes et non concurrentes avec les orientations des conseils généraux, qui gardent le contrôle des politiques sociales et la maîtrise d'une partie des politiques médico-sociales.

Bibliographie

Ouvrages :

BAPTISTE René ; *Reconnaître le handicap psychique, Développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle*, Editions Chronique Sociale, Lyon, mai 2005

JAEGER M. (2006), *L'articulation du sanitaire et du social, Travail social et psychiatrie*, 2e édition, Paris, Dunod.

Revue, articles:

BARREYRE J.Y. ; « Projet de vie et capabilité » ; in *Revue Vie Sociale*, n° 2 (2007)

BARRES M., « De l'identité au partenariat : que signifie travailler ensemble dans la différence ? Santé mentale et action sociale : les conditions actuelles de la rencontre », in *Pratiques en santé mentale*, volume 53, n°1. (2007),

CANNEVA J., « Dans le partenariat qui s'instaure autour du handicap psychique, quelle est la place des professionnels de la santé mentale et au nom de quelles valeurs agiront-ils? », in *Pratiques en santé mentale*, volume 52, n°3. (2006)

CREAI Rhône Alpes ; « Handicap psychique de la reconnaissance aux réponses de terrain » ; n° 139 ; juin 2007

FURTOS, Jean ; « Ordonner le réel sans stigmatiser » , in *Rhizome (bulletin national en santé mentale)* ; mars 2007

JAEGER M., « Questions de vocabulaire autour du handicap psychique » in *Vie sociale* n°3/2003. (2003)

PHILIP Christine ; « Entre handicap mental et psychique et troubles importants des fonctions cognitives : quelle terminologie ? » in *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation* ; n°41, avril 2008

Revue « les grands dossiers de sciences humaines », numéro 12 « Malaise au travail »

Rapports

BARREYRE, J-Y, MAKDESSI, Y ; *Handicap d'origine psychique et évaluation des situations* ; ANCREAI Ile-de-France ; décembre 2007

BLANC, Paul; *sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, Sénat, Commission des Affaires sociales, juillet 2007 (1)

CHARZAT, Michel, mars 2002 ; Rapport « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches »

CLERY MELIN P., KOVESS V., PASCAL J.C. (2003), Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, DGAS.

GOHET, Patrick ; *Rapport sur le bilan de la loi du 11 février 2005 et de la mise en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées* ; août 2007

PIEL E. et ROELANDT J.L., (2001), *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport de mission.

Secrétariat d'Etat chargé de la Solidarité ; *Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap* ; 12 février 2009

Contributions, communications:

BLANC, Paul ; *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur l'application de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ; 3 juillet 2007

Conférence de l'Union Européenne à Bruxelles, *Together for mental health and wellbeing*, 12 et 13 juin 2008

Commission Européenne, Livre Vert *Improving the mental health of the population – towards a strategy on mental health for the European Union*, COM (2005) 0484

Commission Couty, Commission chargée de la réflexion sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale, *Audition du Docteur Bernard DURAND*, Président de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine, 16 septembre 2008.

CNSA ; *Handicap d'origine psychique et évaluation des situations* ; décembre 2007

CNSA, CEDIAS, ANCREAI Ile-de-France, CREAII Alsace, Bretagne et Rhône-Alpes ; *Évaluation des situations de handicap d'origine psychique* ; 23 mars 2009

Colloque CNSA ; *Handicap d'origine psychique*, 23 mars 2009, Palais des congrès Versailles

DGAS ; *note d'information du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil*

LETARD, Valérie ; *Dossier de presse remis au Parlement sur la mise en œuvre de la politique du handicap quatre après le vote de la loi de 2005*

PDITH 92 - l'ANPE de Nanterre – Agefiph de Gennevilliers - Conseil Général des Hauts-de-Seine – Cramif des Hauts-de-Seine – MDPH des Hauts-de-Seine- Mission locale de Nanterre et l'UNAFAM ; Brochure *Handicap psychique et emploi : Mieux connaître et accompagner*

UNAFAM. COLLECTIF, *Le livre blanc des partenaires de la santé mentale*, 2001

UNAFAM, *Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cite*, 19 mai 2003

UNAFAM, *Résumé de la note originale d'observations et de propositions de la FNAP-PSY, de l'UNAFAM, de la Fédération Hospitalière de France (FHF) et de la Conférence des Présidents des CME de CHS, concernant le projet de plan Psychiatrie et santé mentale*, 16 février 2005

UNAFAM, CNSA ; *L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique* ; février 2008

UNAFAM – CNSA – UNCCAS et UNA ; Brochure *Accueil et accompagnement des personnes en situation de handicap*

Textes juridiques :

Normes internationales

Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, adopté à l'issue de la Conférence de Bruxelles, 12 et 13 juin 2008 (OMS Europe)

Parlement Européen, Résolution sur la santé mentale, 19 février 2009, 2008/2209 (INI)

Lois

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 *rénovant l'action sociale et médico-sociale*

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*

Plan:

Plan psychiatrie et santé mentale 2005/2008 présenté en conseil des ministres le 20 avril 2005.

Circulaires:

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGAS/3SD/DGS//MC4/CNSA/2009/97 du 08 avril 2009 relative aux modalités concertées de mise en oeuvre de l'allocation de ressources 2009 dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

Vidéos, documentaires:

Fil Rouge, *Troubles psychiques et maintien dans l'emploi*, IMAG, 2008

Entretiens:

BARREYRE, Jean-Yves, Directeur du CEDIAS, Directeur de la Délégation ANCREAI Ile de France

BEAUCULAT, Philippe, Responsable à la MDPH des Pyrénées Orientales

BICHE André, Directeur du Groupement de coopération sanitaire et médico-social le « Fil Rouge »

CHENU Sylvie, DELAYRE Anne-Noëlle et BRAUD Jean-François du SAVA de Mordelles (35)

FAYOLLE, Jacques ; Président section Ille et Vilaine de l'UNAFAM Ille-et-Vilaine

GODART, Pierre ; Psychiatre, chef du département des soins de réadaptation au Centre Hospitalier Spécialisé de Pau, responsable du dispositif passerelle

LAUNAT, Dominique, Psychologue au Centre Hospitalier Guillaume Régnier, Rennes (secteur 5) et militant au sein de la Fédération La Croix Marine

LEMARIE, Psychiatre Chef de Service de l'unité G05, Centre Hospitalier Guillaume Regnier, Rennes

LE MOULEC, Pierre-Yves, directeur d'Espoir 35 (SAVS, FAM)

LEGUAY Denis, Psychiatre, Chef du secteur 4 au Sésame à Angers

TOUX Françoise, Directrice du Pôle médico-social du CHS de Sainte-Anne Paris 13^{ème}

Sites Internet

Réseau Galaxie : www.reseau-galaxie.fr

CNSA, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : www.cnsa.fr

UNAFAM, Union nationale des familles et amis de malades psychiques : <http://www.unafam.org/>

FNAPSY, Fédération nationale d'associations d'usagers en psychiatrie : <http://www.fnapsy.org/>

Fédération d'aide à la santé mentale Croix marine : <http://www.croixmarine.com/>

La Lettre de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale
<http://www.mnasm.com/> Directeur de la publication : G.Massé -.N° 15, 19, 74, 75

CFRP Comité français pour la réhabilitation psychosociale :
contact@rehabilite.fr

CNSA : <http://www.handpsy-cnsa.fr/>

Point d'étape semestriel de l'Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés, actualisation des données 2007 et premières tendances 2008
http://www.handipole.org/IMG/pdf/point_d_etape_juin_2008.pdf

Glossaire

Centres médico psychologiques (CMP) : les centres médico psychologiques sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique. Le CMP est le premier lieu de référence et d'implantation de l'équipe polyvalente de secteur dans l'arrondissement, la ville, le village ou le canton. A partir de ce pivot s'organisent toutes les actions ambulatoires, en articulation avec l'hospitalisation et s'élaborent tous les projets de structures alternatives pour éviter l'hospitalisation, réduire sa durée et réinsérer le patient.

Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel : les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel visent à maintenir ou favoriser une existence autonome du patient, par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel peut constituer le prolongement de l'activité d'un CMP, fonctionner dans les mêmes locaux et concerner ou non les mêmes patients. Son activité se distingue de celle d'un hôpital de jour dans le mode de prise en charge et dans sa durée. Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel effectue un travail essentiellement orienté vers les relations du patient avec autrui et la reconstruction de son autonomie, au travers des gestes usuels et de divers modes d'expression. La prise en charge est généralement moins régulière et plus ponctuelle que dans un hôpital le jour, car elle est mise en oeuvre à partir de la démarche du patient confronté à ses difficultés quotidiennes.

Ateliers thérapeutiques : les ateliers thérapeutiques utilisent des techniques de soins particulières (groupes ergothérapeutiques notamment), dans la perspective d'une reprise d'une activité professionnelle ou sociale. Ils correspondent à une prise en charge spécifique, qui doit être distinguée de celle assurée au sein des ateliers d'ergothérapie existant dans chaque établissement, ainsi que de l'activité médico-sociale des ESAT (établissement et services d'aide par le travail), qui accueillent des personnes handicapées. Du fait de leur histoire, les ateliers d'ergothérapie gardent un double aspect occupationnel et thérapeutique. Ils permettent au patient de ne pas rompre avec les tâches pratiques habituelles qui lui procurent une activité manuelle et un contact avec la réalité. Ils permettent également aux patients de découvrir d'autres activités pratiques, artisanales ou artistiques susceptibles de

les intéresser, de constituer un moyen d'expression et d'investissement. L'atelier thérapeutique doit se distinguer très nettement de l'hôpital psychiatrique. Implanté dans la ville ou le village, c'est un lieu de soins et de travail intégré au milieu ordinaire. Accueillant des malades adultes, les ateliers thérapeutiques fonctionnent sous contrôle médical avec des infirmiers, des ergothérapeutes et des professionnels techniciens. Ces personnels doivent travailler à la fois avec les équipes soignantes et le milieu du travail.

Placement familial thérapeutique : Il s'agit d'une alternative originale ou d'une suite à l'hospitalisation. L'accueil s'adresse à des patients adultes ou enfants susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial. Le maintien ou le retour à domicile ne paraît pas toujours souhaitable ou possible. Il s'agit notamment d'une phase de réadaptation et d'acquisition d'une certaine autonomie au cours de laquelle la prise en charge sociale et affective prend une dimension importante.

Hospitalisation de jour : les hôpitaux de jour assurent des soins polyvalents individualisés et intensifs prodigués durant la journée, le cas échéant à temps partiel. Il existe des hôpitaux de jour pour enfants et pour adultes. Lorsque l'hôpital de jour est implanté dans les locaux de l'établissement d'hospitalisation ou de l'institut médico-pédagogique, les locaux qui lui sont destinés sont nettement distincts des locaux d'hospitalisation à temps plein ou de ceux de l'institut médico-pédagogique.

Hospitalisation de nuit : les hôpitaux de nuit organisent des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit et, le cas échéant, de fin de semaine. Les hôpitaux de nuit fonctionnent souvent à l'intérieur des services d'hospitalisation à temps complet. Le patient a acquis une certaine autonomie dans la journée, mais a besoin d'une prise en charge la nuit et pendant le week-end. Ces temps correspondent, dans le processus de réinsertion, à des périodes de particulière vulnérabilité et d'angoisse. Le personnel est identique à celui d'un service d'hospitalisation à temps complet.

Hospitalisation à domicile : les services d'hospitalisation à domicile assurent des prises en charge thérapeutiques au domicile du patient, associées - s'il y a lieu - à des prestations d'entretien nécessitées par son état de dépendance. Il s'agit de soins réguliers, voire quotidiens. Plusieurs intervenants peuvent intervenir auprès d'un même malade, mais les

interventions doivent correspondre à un projet d'équipe. Ces services peuvent être associés à un service d'aide à domicile à vocation somatique, à des systèmes de téléalarme ou de fourniture de repas. Cette action conjuguée de plusieurs services nécessite une coordination entre les différents intervenants.

Centres de postcure : ce sont des unités destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, la poursuite des soins actifs, ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome. L'objectif est celui d'une réinsertion sociale et d'un retour à l'autonomie. Ces centres peuvent être implantés dans l'enceinte de l'établissement hospitalier, mais doivent être nettement différenciés des locaux d'hospitalisation à temps complet.

Groupe d'entraide Mutuelle (GEM) : Dans un lieu d'accueil permanent dont la fréquentation est libre, ils assurent le maintien du lien social permettant de rompre l'isolement des personnes handicapées, et les orientent vers les services disponibles adéquats. Ils organisent des animations socioculturelles et fonctionnent souvent comme des clubs de loisirs.

Etablissements et services d'aide par le travail - (ESAT) Ces établissements médico-sociaux (antérieurement dénommés « CAT ») offrent des activités productives et un soutien médico-social à des adultes handicapés dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide. En raison de leur double vocation (mise au travail et soutien médico-social), les ESAT disposent de personnels d'encadrement pour des activités productives et de travailleurs sociaux assurant le soutien éducatif. Dans les cas où les ESAT reçoivent des personnes nécessitant une intervention thérapeutique de caractère psychiatrique, ils peuvent passer une convention avec le secteur de psychiatrie.

Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) : Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ils prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleur handicapé, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager : une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des

actes essentiels de l'existence, un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) : Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés sont des SAVS qui, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté, comportent également des prestations de soins.

Maisons d'accueil spécialisé – MAS : Ces établissements médico-sociaux reçoivent des adultes lourdement handicapés et polyhandicapés qui ne peuvent effectuer seuls les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Les soins constants ne sont pas des thérapeutiques actives qui ne pourraient être dispensés que dans un établissement de soins. Il s'agit essentiellement d'une surveillance médicale régulière avec recours au médecin, en cas d'urgence, et de la poursuite des traitements et des rééducations d'entretien, des soins de maternage et de nursing requis par l'état des personnes accueillies. Les MAS constituent des unités de vie apportant aux pensionnaires l'aide constante due à leur absence d'autonomie. Leur sont également proposées des activités occupationnelles et d'éveil, ainsi qu'une ouverture sur la vie sociale et culturelle, destinées notamment à préserver et améliorer leurs acquis et prévenir leur régression.

Résidence Accueil et Maison Relais: La résidence accueil, comme la maison relais, est une modalité de résidence sociale, clairement inscrite dans le champ du logement social et relevant du code de la construction et de l'habitation. Elle s'inscrit dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée, et offre un cadre de vie semi-collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social.

Sa spécificité est d'offrir aux résidents la garantie, en tant que de besoin, d'un accompagnement sanitaire et social, organisée dans le cadre de partenariats formalisés par des conventions, d'une part, avec le secteur psychiatrique, et d'autre part, avec un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Appartement communautaire associatif : géré par une association conventionnée avec le service public, il propose à des personnes fragilisées par la maladie, des appartements meublés pour une durée variable en fonction du besoin. Le suivi est organisé par le secteur sanitaire et est complété par une aide sociale, souvent par le biais des CCAS pour

bénéficier des interventions d'aides ménagères. Suivant l'évolution démographique et les changements dans la ville, ils peuvent être aisément désinvestis et réinstallés dans un autre quartier. Plus encore que dans un centre de postcure traditionnel, la vie des patients doit tendre à se rapprocher d'une vie normale : association - dans la limite des possibilités de chacun - à l'organisation et à la gestion du quotidien à l'intérieur de l'appartement, ouverture sur la ville ou le village, soins à l'extérieur (psychothérapie en CMP, par exemple), participation à la vie locale, à des activités organisées pour toutes les populations...

ANNEXE 1

Handicap psychique – Hospitalisation psychiatrique

Aide à l'évaluation du projet individuel des patients

Nom : Prénom :

N° d'identification :

Commune : Code postal :

Secteur géographique :

Age : *ans* **Sexe :** homme femme

UF n° : **UF :** d'admission ne recevant pas d'admission

Hospitalisation

Nombre d'années d'hospitalisation : *x années*

Ancienneté de séjour : *x années*

Nombre de jours d'hospitalisation en 2005 : *x jours*

Année de 1^{er} contact avec la psychiatrie :

Diagnostics

Diagnostic longitudinal (Cim 10) :

Diagnostic longitudinal associé (Cim 10) :

Pathologie somatique (Cim 10) :

Retard mental : oui non

Sans évolution clinique notable depuis au moins deux ans : oui non

Environnement favorable : oui non

Accès au langage verbal : oui non

Niveau de dépendance (ADL)	1	2	3	4
toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
continence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles du comportement : oui non

Si oui, précisez (fréquence, intensité...)

	OUI	NON
hétéro agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
crise d'agitation clastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comportement sexuel pervers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
consommation de toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres troubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capacité à réaliser des activités : oui non,

si oui, seul *avec stimulation* *avec aide*

Existence d'un contrat de soins ou d'un planning d'activités formalisés oui non

Traitement psychotrope* : oui non nb de prises/jour : capacité à le prendre seul : oui non

Traitement médical autre* : oui non nb de prises/jour : capacité à le prendre seul : oui non

Soutien et/ou psychothérapie : oui non

si oui, plus d'une fois /semaine *une fois/semaine* *une fois/mois ou moins*

Orientation idéale du patient :

Maintien en hospitalisation psychiatrique

Centre d'aide par le travail

Placement familial thérapeutique

EHPAD

Appartement thérapeutique

Placement familial social

Maison d'accueil spécialisé

Résidence et/ou appartement alternatif

Foyer d'accueil médicalisé

Retour à domicile

foyer occupationnel

Autre (précisez)

Orientation MDPH en cours : oui non

Si oui, laquelle date

ANNEXE 2 : Grille d'analyse du handicap psychique et de l'autonomie

Axe Autonomie psychique :

A Instaure des **relations** et participe à des **activités de loisirs**, utilise les ressources en cas de besoin et **sait protéger** son cadre de vie

B Instaure des **relations**, participe à des **activités de loisirs**, utilise les ressources en cas de besoin et **protège son cadre de vie** avec une **aide ponctuelle** (VAD infirmier, service d'accompagnement, structure d'aide par le sport et les loisirs, UDAF...)

C Instaure des relations et participe à des activités de loisirs, utilise les ressources en cas de besoin avec une aide régulière (**hôpital de jour, loisirs organisés pour la personne...**), a des **difficultés à protéger son cadre de vie**.

D **Ne sais pas instaurer des relations et utiliser les ressources en cas de besoin** et participe à des activités de loisirs avec une aide permanente. Ne sais pas protéger son cadre de vie ou est dépendant la nuit (hôpital, foyer...)

Axe habiletés sociales :

1 Effectue seul tous les gestes du quotidien (courses, cuisine, entretien de son vestiaire, de son espace personnel, papiers administratifs, gestion de son argent)

2 Effectue certains gestes du quotidien avec une aide ponctuelle - **au plus 2 de ces différentes aides** (courses avec une aide ménagère ou technicienne de l'insertion ou infirmiers; repas portés à domicile de façon ponctuelle ou régulière; bons d'argent ou retrait à la banque hebdomadaire ou mensuel; doit être aidé pour la lessive)

3 Effectue la plupart des gestes du quotidien avec une aide ponctuelle (**courses avec une aide ménagère ou technicienne de l'insertion ou infirmiers; repas portés à domicile de façon ponctuelle ou régulière; bons d'argent ou retrait à la banque hebdomadaire ou mensuel; doit être aidé pour la lessive**)

4 Effectue les gestes du quotidien avec une aide permanente (**liste ci-dessus plus supervision des soins d'hygiène**)

En fonction des niveaux atteints, les solutions en termes d'hébergement sont envisagées :

Présentation de la matrice

L'ensemble des résultats doit être projeté sur une matrice théorique qui correspond aux différentes réponses (cf. ci-dessus) envisagées en fonction du niveau de dépendance.

Grille d'analyse

Plus d'habiletés sociales

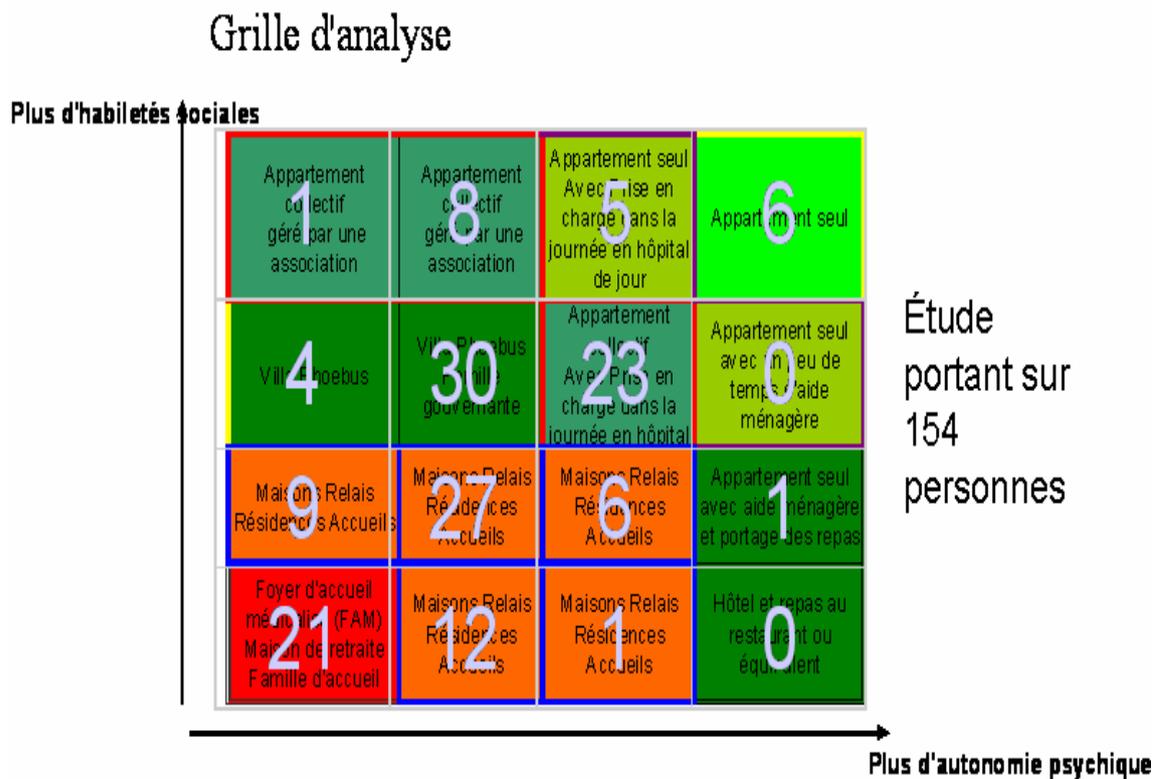
Appartement collectif géré par une association	Appartement collectif géré par une association	Appartement seul Avec Prise en charge dans la journée en hôpital de jour	Appartement seul
Villa Phoebus	Villa Phoebus Famille gouvernante	Appartement collectif Avec Prise en charge dans la journée en hôpital	Appartement seul avec un peu de temps d'aide ménagère
Maisons Relais Résidences Accueils	Maisons Relais Résidences Accueils	Maisons Relais Résidences Accueils	Appartement seul avec aide ménagère et portage des repas
Foyer d'accueil médicalisé (FAM) Maison de retraite Famille d'accueil	Maisons Relais Résidences Accueils	Maisons Relais Résidences Accueils	Hôtel et repas au restaurant ou équivalent

Plus d'autonomie psychique

Sur ce tableau, il apparaît que les personnes les plus habiles et les moins dépendantes relèvent bien évidemment d'un appartement individuel (les prestations individuelles à proposer étant à définir), tandis que les personnes les plus dépendantes relèvent bien davantage d'un foyer d'accueil médicalisé, d'une famille d'accueil ou d'une maison de retraite en fonction de critères qui peuvent être l'âge, la proximité d'une structure ou l'opportunité.

Lorsque les personnes handicapées souffrent davantage d'un manque d'autonomie psychique tout en conservant des capacités importantes dans les habiletés sociales (courses, ménages, alimentation etc.), la solution la plus adéquate correspond aux appartements collectifs tels que ceux qui sont gérés par une association d'entraide.

Projection des résultats quantitatifs sur la matrice (exemple)



Il apparaît que sur les 154 personnes incluses dans l'enquête, **55 personnes** relèvent de solutions proposées par les maisons relais ou les résidences d'accueil.

ANNEXE 3 : Résultats du dispositif passerelle de 2005 à 2008

Dispositif Passerelle de 2005 à 2008

OPI	25		
EMT	17		
Places Passerelles réussies	42	Embauches ESAT	24
Places Passerelles non suivies	23		

nombre total de personnes	107
---------------------------	-----

Activités Proposées	
Blanchisserie	
Cuisine	parcs et jardins
sous traitance	panneaux de murs
Peinture	menuiserie
menuiserie	jardin
sous traitance	mécano soudure

ANNEXE 4

Les risques de la catégorisation des handicaps, extrait de CAPLAN, Paula J. ; « Le Diagnostic psychiatrique : scientifique ? », in *Rhizome*, n°26, mars 2007

Paula CAPLAN est chercheuse et docteur en psychologie à l'université d'Harvard (Etats-Unis).

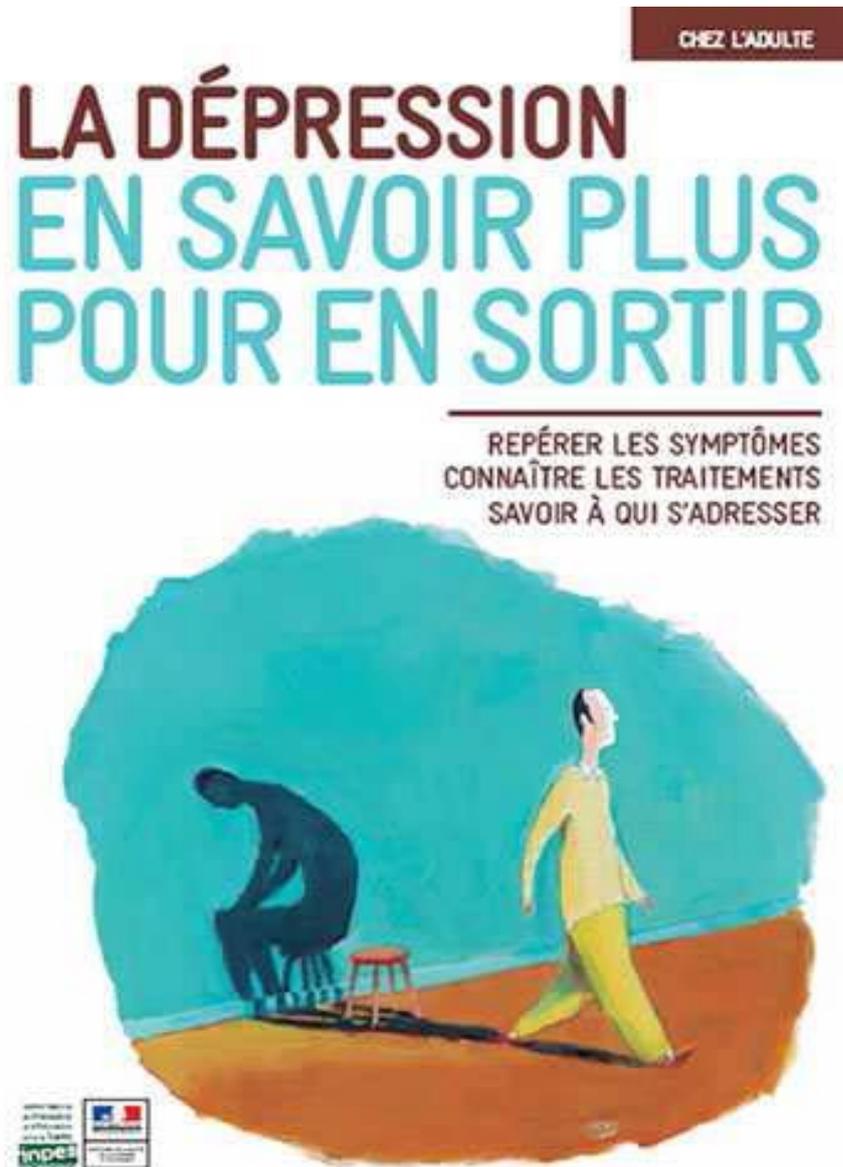
« (...) Ce qui fait en sorte d'augmenter le nombre d'étiquettes apposées à des expériences ordinaires de la vie, à des situations problématiques qui ne devaient pas être considérées comme des maladies mentales, quelle que soit la façon dont nous définissons ce qu'est la maladie mentale »

(...) « J'ai travaillé avec certains de ces soldats (vétérans de la guerre d'Irak). Ils sont en proie à toutes sortes d'émotions et on désigne cet état comme une maladie mentale. Ca signifie que nous n'avons plus à les écouter et qu'on ne veut plus en entendre parler. Ce qui contribue à isoler ces vétérans, ce qui exacerbe leur malaise, ce qui les entraîne, vous vous en doutez, vers une dépression majeure »

ANNEXE 5

Campagne de sensibilisation ; La dépression, en savoir plus pour en sortir ;

INPES, 2007



ANNEXE 6

Campagne de sensibilisation aux troubles psychiques ; FNAPsy, UNAFAM, AMF, OMS

**Et si votre voisin voit autre chose que vous...
Vous le mettez à l'écart ?**



Cover Photo by Prof. Dr. J. M. S. de Almeida, et al. / Science Photo Library. Photo: J. M. S. de Almeida, et al. / Science Photo Library. Photo: J. M. S. de Almeida, et al. / Science Photo Library. Photo: J. M. S. de Almeida, et al. / Science Photo Library.

ACCEPTER LES DIFFÉRENCES, ÇA VAUT AUSSI POUR LES TROUBLES PSYCHIQUES

En France, les troubles psychiques sont la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt de travail. Les personnes qui en souffrent subissent stigmatisation et discriminations. Les associations d'usagers (patients, familles, amis), les professionnels de santé mentale et les élus locaux s'unissent contre cette exclusion. Regardons autrement les personnes atteintes de troubles psychiques.

Plus d'informations sur www.accepterlesdifférences.com



Fédération Nationale des Associations de Patients en Psychiatrie
Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques
Association des Mères de France
Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé - OMS/WHO

Avec le soutien financier de : Fédération de France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Délégation Interministérielle à la Médication, ICEDM, Payant 75, Asap et APL. Avec l'appui de : Fédération Française de Psychiatrie, Fédération Hospitalière de France, Conférences des Présidents de CHU de CHU et Fédération d'Alsace à la santé mentale Grand-Est.

ANNEXE 7

GRILLE D'ENTRETIEN

NB :

- *Se donner des priorités en fonction des interlocuteurs*
- *Ne pas hésiter à recadrer l'interlocuteur*

- **Présentation**

- *démarche MIP (faire court)*
- *attentes vis-à-vis de cet entretien : bien préciser nos attentes (objectifs précis dans un temps limité)*

- **Autorisations :**

- *acceptez-vous d'être enregistré (e) ?*
- *cité (e) ?*

- **Présentation de la structure/organisme**

Connaître leur structure et leur production (bien regarder leur site internet et les doc accessibles en ligne)

- **Définition du handicap**

- *Demander une définition du handicap psy à l'interlocuteur (Bien distinguer pathologie / maladie / souffrance)*

- **Bilan loi 2005 et PSM**

Place du HP dans la société

- *spécificité du HP par rapport aux autres handicaps (avant/après loi 2005)*

- quelle reconnaissance par la société ? par les professionnels ? par l'intéressé ?
- particularisme : inclusion sociale ? inclusion professionnelle ? éducatif ? culture ?
- reconnaissance : bénéfiques ? effets indésirables ? (*question de la stigmatisation*)

Outils et évaluation du HP

- outils (résidence accueil, GEM, GCSMS, GEVA,...) sont-ils adaptés ? Utiles ?
- plus précisément, dans votre activité, quels outils vous semblent pertinents ? Facilitation ? Lesquels utilisez-vous ? Lesquels souhaiteriez-vous utiliser sans le pouvoir ?
- quelle place pour le HP, usager, dans son évaluation ? / quel participation à la construction de le projet de vie le concernant
- question du secret - quel accès à l'information médicale ? Point important à travailler dans les conventions. Grande confiance entre les professionnels

- Réalisations de l'interlocuteur (retour d'expérience)
--

- quelles sont vos réalisations ?
- quelles préoccupations ont présidé à vos choix d'action dans ce secteur (*pourquoi cette action et pas une autre*) ?
- avez-vous développé des partenariats ? Quelle forme juridique ? Quels financements ? Depuis quand (*pérennité*) ?
- quels freins rencontrez-vous ou avez-vous rencontré dans la mise en œuvre de ces partenariats ? (*financier, charge de travail*)
- constatez-vous des difficultés particulières en termes d'inclusion/ d'accompagnement en fonction des pathologies à l'origine du handicap ?
- inclusion : avez-vous un taux de réussite /échec différent selon la typologie des pathologies à l'origine du handicap ? Pour quelles raisons ? Y a –t- il des difficultés particulières selon le genre ? l'origine socio culturelle ? ethnique ? âge ? (*question*)

de l'évaluation de ces taux d'échec ou de réussite / Lien avec l'entreprise : fluidité du parcours vers l'emploi)

- observez-vous une amélioration de la fluidité des parcours ?
- qu'est-ce qui, selon, vous, pourrait améliorer cette situation ?

- Vos propositions pour améliorer la prise en charge, l'accompagnement des PHP

- vous avez pointé des freins à l'action (...), qu'est-ce qui, selon-vous, permettrait de les lever ?

Remerciements

+ *demander des documents utiles*

ANNEXE 8 : Protocole d'évaluation du handicap psychique à destination des partenaires d'un réseau



Protocole de présentation d'une situation de handicap psychique

Élaboré dans le cadre de la démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique dans le Val de Marne, ce « protocole de présentation d'une situation de handicap psychique » est un outil de liaison entre le secteur psychiatrique et le secteur médico-social.

Il permet d'aider à formaliser les informations utiles à transmettre dans la collaboration des équipes sanitaires et celles des établissements ou services en faveur des adultes handicapés (notamment dans le cadre d'une orientation). A partir d'un langage commun, déconnecté de toute discipline spécifique, il explore les grandes caractéristiques de la situation de la personne concernée.

Il ne comprend pas d'éléments médicaux (diagnostic, médicaments prescrits, etc.) et nécessite par conséquent d'être complété par un dossier médical.

Cet outil, issu d'un travail de réflexion commun entre représentants des secteurs psychiatrique, social et médico-social, ainsi que des représentants des familles de personnes présentant des troubles psychiques (UNAFAM), n'est pas un formulaire administratif qui s'imposerait à tous. C'est un outil mis à la disposition des différents acteurs et pouvant soutenir les pratiques partenariales existantes. Il est par conséquent un outil dynamique qui aura, au fil de son utilisation, à évoluer.

Par ailleurs, il convient de rappeler fermement qu'il s'agit d'une photographie de la situation de la personne concernée à un temps T et dans le contexte de vie qui est le sien au moment de l'évaluation.

Enfin, ce document est un outil mis à disposition des équipes de terrain qui peuvent s'en saisir dans la communication* pluri partenariale ou en interne pour des synthèses afin d'évaluer l'évolution de la situation de la personne par exemple. Il ne s'impose donc pas aux équipes ni aux usagers, de même il n'est pas obligatoire de renseigner toutes les questions ou items.

** Dans la mesure où ce document rassemble des informations ne concernant pas directement la santé, il relève du secret partagé et de l'article L1110-4 du Code de la santé publique.
Sauf impossibilité absolue, le professionnel doit avertir la personne intéressée de l'existence de ce document et que les informations vont être transmises à un autre service ou établissement.
Son droit d'accès au document est donc reconnu.*



DÉLÉGATION ANCREAI ILE-DE-FRANCE

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique
dans le département du Val-de-Marne

Date de remplissage : __ / __ / __

CIRCONSTANCES DE LA DEMANDE

Quelle est la demande ? (admission en maison de retraite, séjour temporaire en foyer d'hébergement, service d'accompagnement, etc.)

Raisons ou contextes qui ont motivé la demande ?

Statut et coordonnées du (ou des) professionnels qui dépose(nt) cette demande ? (Préciser qui a participé à remplir ce questionnaire)

L'utilisateur concerné est-il informé, volontaire pour ce projet ? Est-il associé à cette demande ?

Quels sont les autres acteurs (professionnels ou famille) qui sont associés à cette demande ?

**Y a-t-il des demandes déposées dans d'autres établissements ?
Si oui, lesquels :**

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique
dans le département du Val-de-Marne

2

Référents médicaux, sociaux et médico-sociaux

	Statut (médecin CMP, parents, AS ESAT, etc.)	Nom	☎
Référent médical			
Référent social			
Référent infirmier ou aide Soignant			

CONTEXTE SOCIAL ET FAMILIAL

ETAT CIVIL

NOM : Prénom :.....
Date de naissance : __ / __ / __ Sexe : M F

Adresse du lieu d'hébergement actuel :

Code postal :..... Ville :.....
Téléphone :..... Portable :.....

HEBERGEMENT

Mode d'hébergement :

- Seul dans un logement personnel En couple et/ou avec enfants dans un logement personnel
 Locataire HLM Locataire parc privé Propriétaire

- Chez les parents Hébergé par autre famille ou ami CHRS Résidence sociale
 Foyer d'hébergement PH Foyer de vie FAM / MAS Appartement associatif
 Appart. thérapeutique Hôpital de nuit Hospitalisation à temps complet
 Autre, précisez :

Observations / hébergement :

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

- Salarié(e) Milieu Ordinaire plein temps Salarié(e) MO temps partiel
 Travailleur handicapé en structure de travail protégé
 Atelier thérapeutique
 Recherche d'emploi
 Formation CRP Autre Formation, précisez :
 Retraité
 Sans activité professionnelle

Observations / activité professionnelle

ACTIVITÉ SOCIALE RÉGULIÈRE (centre municipal de loisirs, GEM, bibliothèque, maison de quartier, etc.)

AUTRE PRISE EN CHARGE DE JOUR ET SUIVI

- Service d'auxiliaire de vie SSIAD Infirmière libérale SAVS SAMSAH
 Accueil de jour médico-social Foyer de vie MAS / FDT
 HAD VAD Hôpital de jour CMP CATTP Hospitalisation à temps complet
 Autre, précisez :

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique
dans le département du Val-de-Marne

4

Observations / prise en charge de jour et suivi

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) PACS Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf (ve)
Nombre d'enfants : _ dont à charge : _

Relations avec la famille (parents, fratrie, famille élargie)

Pas de relations Peu de relations Relations fréquentes Relations irrégulières
 Pas de famille connue

Observations / situation familiale (parents, fratrie, conjoint, enfants)

RECONNAISSANCE OFFICIELLE DU HANDICAP (CDAPH)

N° de Dossier : Département:.....

Orientation vers une structure d'hébergement oui non

Date de décision - Du : __/__/__ au : __/__/__

FH Fvie FAM MAS SAVS SAMSAH Autre :

Reconnaissance Travailleurs handicapés oui non

Date de décision - Du : __/__/__ au : __/__/__

Décision d'orientation vers une structure de travail protégé oui non

Date de décision - Du : __/__/__ au : __/__/__

Décision d'orientation vers emploi MO oui non

Date de décision - Du : __/__/__ au : __/__/__

Décision d'orientat. vers Formation oui non

Date de décision - Du : __/__/__ au : __/__/__

Reconnaissance d'inaptitude à l'emploi oui non

Date de décision - Du : __/__/__ au : __/__/__

Prestations

AAH ACTP / PCH ACFP / PCH
 CI Carte européenne de stationnement

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique
dans le département du Val-de-Marne

Observations / Reconnaissance officielle du handicap

AUTRES PRESTATIONS ET REVENUS

- Assedic N° dossier :
 RMI N° dossier :
 Retraite N° dossier :
 Pension d'invalidité N° dossier :

Observations / Autres prestations – revenus

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

- Aucune Tutelle aux prestations sociales Sauvegarde de justice
 Tutelle aux majeurs protégés Curatelle

Coordonnées du représentant légal

NOM : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Portable :

Observations / Mesure de protection juridique

PROTECTION SOCIALE

N° de Sécurité Sociale :
Ouverture des droits et 100 % : OUI NON Jusqu'en :
Complémentaire santé : OUI NON Nom :
N° allocataire de la CAF : Adresse :

Observations / protection sociale :

MEDECIN TRAITANT (réfèrent CPAM) - coordonnées

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : Prénom :
Qualité : Tuteur Père Mère Autres :
Téléphone domicile : Portable :
Téléphone professionnel :

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique
dans le département du Val-de-Marne
6

PARCOURS DE VIE

ÉVÈNEMENTS PERSONNELS MARQUANTS (*événements qui ont marqué la trajectoire de la personne, qui ont des répercussions actuelles sur sa situation de vie et qui ont été rendus publics – accord de l'utilisateur pour cette transmission*)

EXPÉRIENCES DE SUIVI (*santé, addictologie, justice, SSIAD, etc.*)

EXPÉRIENCES INSTITUTIONNELLES ANTÉRIEURES (*QUELS TYPES DE STRUCTURES ? QUELLE DURÉE ? QUEL BILAN ?*)

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique
dans le département du Val-de-Marne

7

ATTITUDE VIS-À-VIS DE LA MALADIE - ADHESION AU SUIVI MEDICAL

Que reconnaît la personne de sa maladie et de son traitement ?

Quelles incidences sur

... son suivi médical

... sa vie quotidienne et sociale

.... sa vie professionnelle

LES ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS DES « CRISES » – LES ENVIRONNEMENTS À EVITER

(Il s'agit de décrire toutes les manifestations comportementales inhabituelles qui peuvent intervenir dans des contextes particuliers, afin d'aider les professionnels qui prendront le relais à mieux prévenir et gérer ces « crises ».)

➤ La personne a-t-elle une sensibilité à un environnement ou un contexte particulier ?
 Oui non

➤ Si oui, quelles en sont les manifestations ?

➤ Quels sont les signes d'alerte avant ces manifestations ?

➤ Quels sont les comportements à éviter ou les attitudes à avoir ?

Tableaux relatifs à l'autonomie des usagers :

Les modalités de réponses proposées à chaque variable ne constituent pas une réelle échelle de mesure, elles ont seulement pour objectif d'aider à la formalisation de la réponse. Ce sont surtout les commentaires qui vont éclairer la situation. Il est en particulier essentiel de connaître dans quel contexte se manifestent les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activités décrites et de définir les hypothèses de changement dans un environnement différent ou les actions mises en œuvre face au problème identifié.

- EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI		PRÉCISIONS (quelles manifestations et dans quel environnement, quel travail ou accompagnement de l'utilisateur en réponse au problème identifié)
ORIENTATION DANS LE TEMPS	<input type="checkbox"/> aucun problème <input type="checkbox"/> Se repère dans le quotidien mais pb pour la semaine ou l'année <input type="checkbox"/> Orientation temporelle limitée au quotidien (jour/nuit et/ou matin / midi / soir) <input type="checkbox"/> désorientation complète <input type="checkbox"/> <i>sait lire l'heure</i>	
ORIENTATION DANS L'ESPACE	<input type="checkbox"/> aucun problème <input type="checkbox"/> parfois désorienté (fluctuant) <input type="checkbox"/> orienté seulement dans le milieu habituel <input type="checkbox"/> désorientation complète à l'extérieur <input type="checkbox"/> désorientation complète à l'intérieur <input type="checkbox"/> <i>Déambulation</i> <input type="checkbox"/> <i>Errance</i> <input type="checkbox"/> <i>Fugue</i>	
MEMOIRE	<input type="checkbox"/> Pas de problème de mémorisation <input type="checkbox"/> Mémoire fluctuante <input type="checkbox"/> Mémoire limitée à des personnes, activités ou des lieux familiers <input type="checkbox"/> Pb de mémoire pour tous les faits ou impossible à évaluer	
COMPRÉHENSION VERBALE	<input type="checkbox"/> Pas de problème de compréhension <input type="checkbox"/> Compréhension limitée (uniquement consignes simples) <input type="checkbox"/> Compréhension fluctuante <input type="checkbox"/> ne semble pas comprendre les consignes simples ou impossibles à évaluer	

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique dans le département du Val-de-Marne

9

- EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI		PRÉCISIONS (quelles manifestations et dans quel environnement, quel travail ou accompagnement de l'utilisateur en réponse au problème identifié)
RAISONNEMENT Organiser des idées simples (utiles pour la vie courante), analyser et intégrer des informations simples (penser, réfléchir)	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Lenteur <input type="checkbox"/> Raisonnement limité <input type="checkbox"/> Raisonnement fluctuant <input type="checkbox"/> ne semble pas pouvoir organiser des idées simples ou impossibles à évaluer	
FIXER SON ATTENTION	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Fixe son attention sur des temps limités ou pour certaines tâches uniquement ou avec sollicitation / aide <input type="checkbox"/> Attention fluctuante <input type="checkbox"/> Ne semble pas pouvoir fixer son attention ou impossible à évaluer	
PRENDRE DES INITIATIVES	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Prend des initiatives pour certaines tâches uniquement ou avec sollicitation / soutien <input type="checkbox"/> Prise d'initiative fluctuante <input type="checkbox"/> Ne prend jamais des initiatives	
MISE EN DANGER DE SOI OU D'AUTRUI (avec ou sans intentionnalité)	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Se met parfois en danger (par son comportement) <input type="checkbox"/> Se met souvent en danger (par son comportement) <input type="checkbox"/> Met parfois les autres en danger <input type="checkbox"/> Met souvent les autres en danger	
GERER SA SECURITE Réagir de façon adaptée face à une situation risquée (apprécier les risques et adapter son comportement pour y faire face)	<input type="checkbox"/> Pas de problème, sait se protéger d'un environnement dangereux <input type="checkbox"/> Sait se protéger de certains dangers ou influences et/ou avec sollicitation / accompagnement <input type="checkbox"/> Est très vulnérable aux influences extérieures <input type="checkbox"/> Difficile à évaluer / sans objet	
RESPECTER LES REGLES DE VIE	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Respecte la vie en collectivité avec l'aide ponctuelle d'un tiers ou une sollicitation (rappel des règles de vie, etc.) <input type="checkbox"/> Respecte difficilement la vie en collectivité (malgré aide) <input type="checkbox"/> Difficile à évaluer / sans objet	

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique dans le département du Val-de-Marne

10

- EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI		PRÉCISIONS (quelles manifestations et dans quel environnement, quel travail ou accompagnement de l'usager en réponse au problème identifié)
MAÎTRISER SON COMPORTEMENT AVEC AUTRUI	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Non maîtrise occasionnelle (certaines situations ou interlocuteurs) ou sollicitation / soutien <input type="checkbox"/> Non maîtrise fréquente de son comportement ou conséquences graves <input type="checkbox"/> Difficile à évaluer / sans objet <input type="checkbox"/> <i>automutilation</i> <input type="checkbox"/> <i>colérique</i> <input type="checkbox"/> <i>crise d'angoisse</i> <input type="checkbox"/> <i>crise clastique</i> <input type="checkbox"/> <i>potomanie</i>	
RELATION AVEC SES PAIRS (AUTRES RÉSIDENTS, VOISINS, AMIS, ETC.)	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Sollicitation / accompagnement pour entrer en relation avec autrui ou conflits ponctuels <input type="checkbox"/> Peu de relations <input type="checkbox"/> Conflits fréquents <input type="checkbox"/> Difficile à évaluer / sans objet <input type="checkbox"/> <i>Repli</i> <input type="checkbox"/> <i>Refus de relation</i> <input type="checkbox"/> <i>Comportement envahissant</i> <input type="checkbox"/> <i>harcèlement, intrusion</i>	
RELATIONS AFFECTIVES, AMOUREUSES ET SEXUELLES	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Difficultés dans ses relations <input type="checkbox"/> Pas d'information	
I – MOBILITE, MANIPULATION		
SE DÉPLACER A L'INTÉRIEUR DU LOGEMENT (avec éventuellement des aides techniques)	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Déplacements limités ou aide ponctuelle d'un tiers <input type="checkbox"/> Ne se déplace jamais seul <input type="checkbox"/> <i>Utilisation cannes, déambulateur</i> <input type="checkbox"/> <i>Utilisation fauteuil roulant</i>	
SE DÉPLACER A L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT (avec éventuellement des aides techniques)	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Déplacements limités au quartier <input type="checkbox"/> Aide ponctuelle d'un tiers <input type="checkbox"/> Ne sort jamais seul (précisez les raisons)	

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique dans le département du Val-de-Marne

11

- EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI		PRÉCISIONS (quelles manifestations et dans quel environnement, quel travail ou accompagnement de l'usager en réponse au problème identifié)
MAÎTRISER SON COMPORTEMENT AVEC AUTRUI	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Non maîtrise occasionnelle (certaines situations ou interlocuteurs) ou sollicitation / soutien <input type="checkbox"/> Non maîtrise fréquente de son comportement ou conséquences graves <input type="checkbox"/> Difficile à évaluer / sans objet <input type="checkbox"/> <i>automutilation</i> <input type="checkbox"/> <i>colérique</i> <input type="checkbox"/> <i>crise d'angoisse</i> <input type="checkbox"/> <i>crise clastique</i> <input type="checkbox"/> <i>potomanie</i>	
RELATION AVEC SES PAIRS (AUTRES RÉSIDENTS, VOISINS, AMIS, ETC.)	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Sollicitation / accompagnement pour entrer en relation avec autrui ou conflits ponctuels <input type="checkbox"/> Peu de relations <input type="checkbox"/> Conflits fréquents <input type="checkbox"/> Difficile à évaluer / sans objet <input type="checkbox"/> <i>Repli</i> <input type="checkbox"/> <i>Refus de relation</i> <input type="checkbox"/> <i>Comportement envahissant</i> <input type="checkbox"/> <i>harcèlement, intrusion</i>	
RELATIONS AFFECTIVES, AMOUREUSES ET SEXUELLES	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Difficultés dans ses relations <input type="checkbox"/> Pas d'information	
I – MOBILITE, MANIPULATION		
SE DÉPLACER A L'INTÉRIEUR DU LOGEMENT (avec éventuellement des aides techniques)	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Déplacements limités ou aide ponctuelle d'un tiers <input type="checkbox"/> Ne se déplace jamais seul <input type="checkbox"/> <i>Utilisation cannes, déambulateur</i> <input type="checkbox"/> <i>Utilisation fauteuil roulant</i>	
SE DÉPLACER A L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT (avec éventuellement des aides techniques)	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Déplacements limités au quartier <input type="checkbox"/> Aide ponctuelle d'un tiers <input type="checkbox"/> Ne sort jamais seul (précisez les raisons)	

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique dans le département du Val-de-Marne

11

- EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI		PRÉCISIONS (quelles manifestations et dans quel environnement, quel travail ou accompagnement de l'utilisateur en réponse au problème identifié)
TRANSFERTS	<input type="checkbox"/> Se lève / se couche seul <input type="checkbox"/> Aide ponctuelle pour se mettre debout, s'asseoir, etc. <input type="checkbox"/> Aide pour tous les transferts <input type="checkbox"/> <i>Station assise impossible</i> <input type="checkbox"/> <i>Station debout impossible</i>	
MOTRICITE FINE	<input type="checkbox"/> Pas de pb (tourne un robinet, utilise un crayon, etc.) <input type="checkbox"/> Certaines limitations / force ou préhension <input type="checkbox"/> Ne peut manipuler finement avec les doigts un objet	
II - COMMUNICATION		
AUDITION (avec éventuellement un appareil auditif)	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> impose de parler fort <input type="checkbox"/> surdité totale <input type="checkbox"/> <i>peut lire sur les lèvres</i> <input type="checkbox"/> <i>appareil auditif</i> <input type="checkbox"/> <i>utilise le langage des signes</i>	
VISION (avec éventuellement des lunettes)	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> vision affaiblie gênant la lecture <input type="checkbox"/> Limitations gênant la vie quotidienne <input type="checkbox"/> pas de vision	
PAROLE	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Expression orale limitée (vocabulaire limité, pb articulatoire, lenteur, etc.) <input type="checkbox"/> Expression orale fluctuante (sur sollicitation ou avec certaines personnes ou dans certaines circonstances) <input type="checkbox"/> Dit quelques mots, oui, non <input type="checkbox"/> <i>Mutique</i> <input type="checkbox"/> <i>Cris</i> <input type="checkbox"/> <i>Expression limitée en français mais se fait comprendre</i> <input type="checkbox"/> <i>Besoin d'un tiers pour traduire</i>	
MENER UNE CONVERSATION (écouter son interlocuteur, lui répondre, alimenter la conversation)	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Echange sur sollicitation ou si les échanges sont limités dans la durée ou uniquement avec des interlocuteurs privilégiés <input type="checkbox"/> Echanges conversationnels très limités (durée et contenu et type d'interlocuteurs) et avec la médiation systématique d'un tiers <input type="checkbox"/> Pas d'échange conversationnel <input type="checkbox"/> <i>Utilise le téléphone</i>	

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique
dans le département du Val-de-Marne

12

- EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI		PRÉCISIONS (quelles manifestations et dans quel environnement, quel travail ou accompagnement de l'utilisateur en réponse au problème identifié)
LIRE	<input type="checkbox"/> Lecture courante <input type="checkbox"/> Lit avec difficultés (comprend seulement des consignes écrites simples) <input type="checkbox"/> Reconnaît seulement des mots <input type="checkbox"/> Ne lit pas du tout <input type="checkbox"/> <i>Ne lit peu ou pas le français</i>	
ECRIRE	<input type="checkbox"/> Ecriture courante <input type="checkbox"/> Ecrit avec difficultés (seulement des textes courts, pb syntaxe, etc.) <input type="checkbox"/> Ecrit seulement des mots <input type="checkbox"/> <i>n'écrit pas le français</i> <input type="checkbox"/> N'écrit pas du tout	
III - ENTRETIEN PERSONNEL		
INCONTINENCE URINAIRE / FECALE	<input type="checkbox"/> Gère seule l'élimination de ses excréments <input type="checkbox"/> Sollicitation ou aide partielle pour aller aux toilettes <input type="checkbox"/> Incontinence accidentelle <input type="checkbox"/> <i>se change seul</i> <input type="checkbox"/> Incontinence diurne fréquente <input type="checkbox"/> Incontinence nocturne fréquente <input type="checkbox"/> <i>porte des couches</i>	
SE LAVER	<input type="checkbox"/> Se lave seul et à l'initiative de le faire <input type="checkbox"/> Sollicitation pour se laver <input type="checkbox"/> Aide pour certaines parties du corps et/ou installation <input type="checkbox"/> Aide répétée d'un tiers et/ou surveillance constante <input type="checkbox"/> Refus de prendre soin ou négligence majeure	
PRENDRE SOIN DE SON APPARENCE PHYSIQUE	<input type="checkbox"/> A le souci de son apparence physique (laver les dents, se raser, se maquiller, etc.) <input type="checkbox"/> Sollicitation pour prendre soin de son apparence <input type="checkbox"/> Attitude fluctuante / prendre soin de son apparence <input type="checkbox"/> Aide pour prendre soin de son apparence <input type="checkbox"/> Refus de prendre soin ou négligence majeure	
S'HABILLER	<input type="checkbox"/> s'habille seul et à l'initiative de le faire <input type="checkbox"/> Sollicitation pour s'habiller ou pour le choix des vêtements <input type="checkbox"/> Attitude fluctuante / s'habiller <input type="checkbox"/> Aide pour s'habiller et se déshabiller	

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique
dans le département du Val-de-Marne

13

- EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI		PRÉCISIONS (quelles manifestations et dans quel environnement, quel travail ou accompagnement de l'usager en réponse au problème identifié)
PRENDRE SON REPAS (manger, boire, une fois la nourriture prête)	<input type="checkbox"/> La personne prend son repas sans aide <input type="checkbox"/> Sollicitation pour manger et/ou boire (manger à heure fixe, choisir les aliments, etc.) <input type="checkbox"/> Attitude fluctuante / prise du repas <input type="checkbox"/> Aide pour manger et/ou boire <input type="checkbox"/> Régimes ou présentation particuliers (mixé) <input type="checkbox"/> risques de fausses routes <input type="checkbox"/> anorexie, boulimie (précisez) <input type="checkbox"/> vomissements	
EXPRIMER UNE DEMANDE DE SOINS	<input type="checkbox"/> Exprime si nécessaire une demande de soins <input type="checkbox"/> Exprime une demande de soins sur sollicitation d'un tiers pour certains aspects de la santé (douleur, fièvre, pbs dentaires, etc.) <input type="checkbox"/> N'exprime pas de demande de soins	
SE SOIGNER (prendre ses médicaments)	<input type="checkbox"/> Gère seule les prescriptions <input type="checkbox"/> Gère certaines prescriptions et/ou recommandations médicales avec l'aide ou la sollicitation d'un tiers <input type="checkbox"/> Attitude fluctuante / prise médicaments <input type="checkbox"/> Ne participe pas à la gestion des prescriptions <input type="checkbox"/> Opposé à son traitement	
GÉRER SON SUIVI MÉDICAL (prendre RDV, aller chez le médecin, aller faire une radio, etc.)	<input type="checkbox"/> Gère de façon autonome son suivi médical <input type="checkbox"/> Gère son suivi sur sollicitation d'un tiers et/ou une aide pour certaines démarches (choisir le lieu de soins, prendre RDV, etc.) <input type="checkbox"/> Ne participe pas aux démarches	
SOMMEIL Gérer son repos nocturne quotidien	<input type="checkbox"/> Pas de problème <input type="checkbox"/> Troubles du rythme jour / nuit <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil ponctuels <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil réguliers <input type="checkbox"/> Problème pour se lever le matin <input type="checkbox"/> Habitudes / rituels <input type="checkbox"/> Déambulations nocturnes <input type="checkbox"/> Insomnies « calmes » (sans se lever)	

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique
dans le département du Val-de-Marne
14

- EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI		PRÉCISIONS (quelles manifestations et dans quel environnement, quel travail ou accompagnement de l'usager en réponse au problème identifié)
IV – VIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		<i>Précisez qui le fait dans la situation actuelle et les hypothèses sur la capacité à le faire dans un autre contexte</i>
PRÉPARER SES REPAS	<input type="checkbox"/> Prépare son repas de façon autonome <input type="checkbox"/> Prépare seul son repas sur sollicitation d'un tiers <input type="checkbox"/> Participe parfois à la préparation du repas <input type="checkbox"/> Ne participe pas à la préparation du repas	
FAIRE SES COURSES	<input type="checkbox"/> Fait ses courses de façon autonome <input type="checkbox"/> Fait ses courses sur sollicitation d'un tiers ou aide ponctuelle <input type="checkbox"/> Participe parfois aux courses <input type="checkbox"/> Ne fait jamais les courses	
FAIRE SON MÉNAGE	<input type="checkbox"/> Fait son ménage de façon autonome <input type="checkbox"/> Fait son ménage sur sollicitation d'un tiers ou aide ponctuelle <input type="checkbox"/> Participe parfois au ménage <input type="checkbox"/> Ne participe jamais au ménage	
GERER SON ARGENT QUOTIDIEN	<input type="checkbox"/> Gère son argent quotidien de façon autonome <input type="checkbox"/> Gère son argent sur sollicitation d'un tiers ou aide ponctuelle <input type="checkbox"/> Attitude fluctuante / gestion argent <input type="checkbox"/> Ne connaît pas la valeur de l'argent	
PAYER LES FACTURES	<input type="checkbox"/> Paye ses factures de façon autonome <input type="checkbox"/> Paye ses factures sur sollicitation d'un tiers ou aide ponctuelle <input type="checkbox"/> Attitude fluctuante / paiement des factures <input type="checkbox"/> Ne paye aucune de ses factures	
FAIRE SES DEMARCHES ADMINISTRATIVES	<input type="checkbox"/> Fait ses démarches ADM de façon autonome <input type="checkbox"/> Fait ses démarches sur sollicitation d'un tiers ou aide ponctuelle <input type="checkbox"/> Attitude fluctuante / démarches administratives <input type="checkbox"/> Ne fait aucune démarche administrative	
UTILISER LES TRANSPORTS EN COMMUN	<input type="checkbox"/> Prend seul les transports en commun (y compris trajets inconnus) <input type="checkbox"/> Prend seul les transports en commun sur trajets habituels <input type="checkbox"/> Sollicitation d'un tiers ou aide ponctuelle pour prendre les transports	

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique
dans le département du Val-de-Marne
15

- EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI		PRÉCISIONS (quelles manifestations et dans quel environnement, quel travail ou accompagnement de l'usager en réponse au problème identifié)
	<input type="checkbox"/> Attitude fluctuante / transports en commun <input type="checkbox"/> Prend les transports en commun systématiquement accompagné <input type="checkbox"/> Ne prend jamais les transports en commun	
ACTIVITES DE LOISIR La personne pratique-t-elle de façon autonome des jeux de société, des activités sportives, des sorties culturelles (cinéma, musée, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Pratique de façon autonome des activités récréatives <input type="checkbox"/> Fait certaines activités récréatives ou certaines tâches sur sollicitation ou avec l'aide ponctuelle d'un tiers <input type="checkbox"/> Fait toute activité récréative avec la médiation systématique et/ou un accompagnement (organisation, explication des consignes, etc.) <input type="checkbox"/> Ne participe à aucune activité récréative ou de loisir	Précisez les activités pratiquées, goûts, etc.

PARCOURS PROFESSIONNEL ET EXPERIENCES

Sans objet (pas de projet professionnel en cours)

DERNIÈRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

TYPE D'EMPLOI

- Salarié secteur privé
 Salarié entreprise adaptée
 Salarié secteur public
 Travailleur indépendant
 ESAT
 Entreprise adaptée

TEMPS DE TRAVAIL

- Temps plein
 Temps partiel (préciser)

PÉRIODE

Du : __/__/__ au __/__/__

TYPE DE CONTRAT

- CDI CDD
 Apprentissage Stagiaire Intérim
 Autre, préciser :

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique
 dans le département du Val-de-Marne

EMPLOYEUR (nom, secteur d'activité, etc.)

POSTE DE TRAVAIL (caractéristiques de ce poste, ancienneté dans le poste...)

SI CHÔMAGE ACTUEL

Inscrit à l'ANPE non oui Date inscription ANPE : . . / . . / n° identifiant

Action mise en œuvre : non oui (préciser) : SAE SIFE non précisé

Suivi par CAP emploi non oui

Coordonnées de la structure (et personne référente) :

AUTRES ÉLÉMENTS DU PARCOURS PROFESSIONNEL ET ACQUIS PROFESSIONNELS

Démarche d'évaluation et de concertation sur la question du handicap psychique
dans le département du Val-de-Marne

17

V – VIE PROFESSIONNELLE		<i>Précisez dans quel cadre sont observées ces limitations et quelles sont les <u>hypothèses sur la capacité à le faire dans un autre contexte</u></i>
RESPECTER LES HORAIRES	<input type="checkbox"/> Pas de difficulté, ponctuel <input type="checkbox"/> Ponctualité limitée à certains RDV ou fluctuante ou nécessite qu'on lui rappelle <input type="checkbox"/> Peu de respect des horaires	
S'INTEGRER À UN GROUPE	<input type="checkbox"/> Pas de difficulté <input type="checkbox"/> Difficultés pour entrer en relation mais pas de pb avec personnes connues <input type="checkbox"/> Attitude fluctuante, conflits ou attitudes de retrait ponctuels <input type="checkbox"/> Attitude régulière de retrait ou repli sur soi	
RESPECTER UN CADRE HIERARCHIQUE	<input type="checkbox"/> Pas de difficulté <input type="checkbox"/> Attitude fluctuante selon la personne ou à certains moments <input type="checkbox"/> Problèmes relationnels permanents avec personne ayant autorité	
EFFECTUER UNE TÂCHE SIMPLE (entamer une tâche, l'organiser et la terminer)	<input type="checkbox"/> Pas de difficulté <input type="checkbox"/> Difficultés pour effectuer la tâche dans son intégralité de façon autonome (soit pour entamer, organiser ou terminer la tâche) <input type="checkbox"/> Attitude fluctuante <input type="checkbox"/> Pas autonome – nécessité d'accompagnement à chaque étape	

Autres remarques sur des capacités ou des difficultés pouvant conditionner le projet professionnel