

PERSONNES HANDICAPÉES

RECOMMANDATIONS
DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES



PERSONNES HANDICAPÉES

INCLUSION SOCIALE

PERSONNES ÂGÉES

SPÉCIFICITÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT DES ADULTES HANDICAPÉS PSYCHIQUES

*Au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)
au sens de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles*

Anesm

Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

PRÉSENTATION GÉNÉRALE	3
1. Le contexte d'élaboration des recommandations	5
2. Les publics concernés	7
3. Les spécificités du handicap psychique	7
4. Les objectifs des recommandations	9
5. Les destinataires des recommandations	9
6. Le mode d'emploi des recommandations	10
7. Les modalités d'appropriation des recommandations	12

LA PLACE DE LA PERSONNE : ACTRICE ET CITOYENNE 15

1. Reconnaître, les capacités d'auto-détermination des personnes	17
2. Reconnaître et renforcer le rôle de citoyen des personnes	22
3. Participer au changement de regard sur les personnes handicapées psychiques	24
4. Les points de vigilance de l'organisation des ESSMS accueillant des publics diversifiés	27
L'essentiel	29

LA VIE RELATIONNELLE, AFFECTIVE ET FAMILIALE 33

1. Lutter contre l'isolement relationnel, soutenir et développer les habiletés sociales	35
2. Mettre en place l'accompagnement nécessaire autour de la vie familiale et affective	39
3. Aider les personnes vulnérables à se protéger et à faire respecter leurs droits	41
4. Accompagner les personnes auteures d'infractions pénales dans leur droit à la défense	44
L'essentiel	46

L'ACCOMPAGNEMENT VERS ET DANS L'HABITAT 49

1. Faciliter l'accès à un habitat (logement ou hébergement) adapté au handicap psychique	51
2. Prévenir les ruptures dans l'habitat et favoriser un parcours résidentiel souple	56
L'essentiel	58

L'ACCOMPAGNEMENT DANS LA VIE QUOTIDIENNE ET COURANTE 61

1. Co-construire avec la personne un accompagnement personnalisé visant à renforcer ses capacités d'agir	64
2. Ajuster l'accompagnement afin de tenir compte de la variabilité et de l'évolutivité des troubles	66
3. Intervenir en coordination avec les aidants familiaux et des professionnels non spécialisés intervenants dans le domaine de la vie quotidienne et courante	68
4. Favoriser la mobilité et les déplacements des personnes	69
5. Garantir l'accès aux ressources financières	71
L'essentiel	74

L'ACCOMPAGNEMENT À L'EMPLOI, À LA FORMATION ET AUX ACTIVITÉS	77
L'emploi et la formation	79
1. Co-construire avec la personne son projet d'accès ou de retour à l'emploi, en coordination avec les autres intervenants	79
2. Faciliter le maintien dans l'emploi ou la formation professionnelle et prévenir les ruptures de parcours professionnel	86
3. Adapter le projet de l'Esat (Établissement et service d'aide par le travail) aux spécificités du handicap psychique	88
L'essentiel	92
Les activités citoyennes, culturelles et de loisirs	95
1. Faciliter l'accès à des activités susceptibles de favoriser la reconnaissance sociale pour les personnes éloignées de l'emploi	95
2. Analyser et apporter des réponses appropriées aux « non-demandes » en terme de participation aux activités	97
L'essentiel	99
LA SANTÉ : PRENDRE SOIN ET ACCOMPAGNER VERS LES SOINS MÉDICAUX	101
L'accès et la continuité des soins	103
1. Assurer l'accompagnement garantissant le bien-être psychique et la continuité des soins psychiatriques	103
2. Mettre en place l'accompagnement nécessaire concernant la prise de traitements psychotropes	109
3. Assurer l'accompagnement garantissant l'accès et la continuité des soins somatiques et le bien-être corporel	111
4. Accompagner vers les soins les personnes qui ne sont pas demandeuses de soins psychiatriques	114
5. Prévenir, repérer et atténuer la souffrance psychique des personnes	116
6. Soutenir les personnes dans leur processus de rétablissement	118
7. Prendre en compte les éventuelles conduites addictives	120
L'essentiel	122
Les crises et les hospitalisations	126
1. Repérer, prévenir et gérer les épisodes de « crises » et les hospitalisations	126
2. Améliorer la prise en charge des personnes pendant les « crises » nécessitant une hospitalisation	129
3. Assurer la continuité de l'accompagnement pendant et à la sortie de l'hospitalisation	133
4. Soutenir les personnes ayant été confrontées à l'acte suicidaire	135
L'essentiel	137
ANNEXES	141
Annexe 1 – Méthode d'élaboration des recommandations et liste des participants	143
Annexe 2 – Documents complémentaires aux recommandations de l'Anesm	147
Annexe 3 – Processus d'évaluation du handicap d'origine psychique	149
Annexe 4 – Glossaire	150
Annexe 5 – L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)	154

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), a pour mission d'élaborer ou de valider des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Celles-ci ont pour vocation de donner des repères aux professionnels des ESSMS au sens de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) dans leurs actions et leurs organisations.

1 LE CONTEXTE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles portant sur « les spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques » s'inscrivent dans un contexte juridique (national et international) en profonde évolution, tant dans le secteur social, médico-social que sanitaire. Celui-ci s'inscrit dans le cadre de changements importants dans les conceptions de l'accompagnement. Ces recommandations ont pour objectif d'accompagner ces changements.

1° La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a été novatrice en définissant le handicap comme une interaction entre les difficultés d'une personne et son environnement, ce qui amène aux concepts de **compensation** et d'**accessibilité**.

Les personnes handicapées psychiques ont désormais droit à un accompagnement médico-social afin de compenser leurs restrictions de participation dans les différents domaines de la vie : l'habitat, la vie sociale, l'accès aux soins, l'accès à la culture et aux loisirs, l'emploi et la formation, la vie quotidienne et courante, etc.

La notion d'accessibilité requiert un travail d'aménagement de l'environnement physique et humain.

2° Le rappel de la **citoyenneté** des personnes handicapées est un principe fondamental de la loi 2005-102 du 11 février 2005 et de la convention de l'Organisation des Nations Unies (ONU), « relative aux droits des personnes handicapées¹ ».

Le rappel de ce principe est au cœur de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale » qui reconnaît le droit des personnes à la participation individuelle à leur projet d'accompagnement et à la participation collective au fonctionnement de l'établissement ou du service.

Il s'inscrit également dans la continuité de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs.

3° **L'inclusion sociale** vise à donner la priorité à des aides et soutiens de droit commun et/ou délivrés dans un cadre de vie le plus ordinaire possible. Elle est au cœur des principes juridiques tant nationaux qu'internationaux², ainsi que des politiques publiques qui en découlent. Elle s'accompagne d'un mouvement de désinstitutionnalisation. Celle-ci n'annonce pas la fin des institutions/établissements, mais la fin de : « celles où les personnes sont tenues à l'écart de la vie en société, les usagers ne disposent pas d'un contrôle suffisant sur leur vie et sur les décisions et où les exigences de l'organisation passent avant les besoins des personnes³ ». Ainsi : « Il s'agit moins que jamais pour les dispositifs de prétendre répondre à TOUS les besoins des personnes qu'elles soignent ou qu'elles accompagnent et/ou de s'inscrire dans une filière (...) prendre en compte ne signifie pas "répondre", mais implique de chercher, parmi les ressources du territoire, des acteurs susceptibles de contribuer à satisfaire aux besoins repérés et aux demandes énoncées par la personne »⁴. La notion de **partenariat** et de **complémentarité** des acteurs se substituent désormais à l'« institution totale » ou à la « filière ».

¹ Convention de l'Organisation des Nations Unies, relative aux droits des personnes handicapées, 2006, ratifiée par la France le 18 février 2010.

² *Op. cit.*

³ P. 9 *Lignes directrices européennes communes sur la transition des soins en institution vers les soins de proximité*, Document d'orientation sur la mise en œuvre et le soutien d'une transition durable des soins en institution vers les soins de proximité et familiaux pour les enfants, les personnes handicapées, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et les personnes âgées en Europe. Groupe européen d'experts sur la transition des soins en institution vers les soins de proximité, novembre 2012, 192 p.

⁴ PEINTRE C. *Du partenariat... à l'espace partagé de santé publique*, Pratiques en santé Mentale, 2013, n° 4, pp. 29-35.

4° Les notions de **coordination du parcours**, de **prévention des ruptures** constituent également des principes importants de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPTS)⁵, notions également au cœur du rapport Piveteau⁶ et de la loi santé⁷. Celui-ci rappelle que l'accompagnement doit se faire « *au service du parcours de vie, et donc dans la transversalité sociale, médico-sociale, sanitaire et scolaire.* ». Cette question apparaît particulièrement aiguë pour ce public dont les troubles sont à caractère variable et évolutif. Les personnes peuvent passer par de longues périodes de rétablissement. Cela implique des éventuels changements de modalités d'accompagnement et l'intrication des besoins qu'ils génèrent nécessite des interventions relevant de disciplines et secteurs différents⁸. Afin de favoriser cette approche intersectorielle à l'échelle **du territoire** et coordonner des réponses, des dispositifs innovants ont vu le jour, comme par exemple, les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ou les commissions santé mentale des conseils locaux de santé.

5° De nouveaux concepts construits par les usagers en santé mentale ont émergé. Le **rétablissement**⁹ (*Recovery*) vient aujourd'hui compléter les notions de guérison et de stabilisation. L'un des concepteurs du mouvement du rétablissement, Bill Anthony, explique en 1993 : « *Le rétablissement est un processus fondamentalement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale...* »¹⁰.

6° La notion d'**empowerment**, souvent traduite en français par « **pouvoir d'agir** » ou « **capacité d'agir** » constitue également un fondement et un horizon de l'accompagnement. L'*empowerment* décrit un processus où la personne prend conscience et développe le pouvoir qu'elle a sur son destin individuel et l'influence qu'elle peut avoir sur le collectif. Elle est promue par l'Union européenne¹¹ et par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹².

L'**auto-détermination** vise le développement de l'autonomie de la personne ayant des besoins particuliers. Elle met l'accent sur **les forces de la personne** et les conditions de vie favorables à la réussite et au succès.

7° L'**entraide mutuelle** (Pair-aidance) et la solidarité entre personnes rencontrant ou ayant rencontré les mêmes problèmes somatiques ou psychiques sont aujourd'hui reconnues¹³. Le principe fondamental est de partager les expériences, le vécu de la maladie ainsi que le parcours de rétablissement. Il s'agit de reconnaître et valoriser les capacités d'agir, l'autonomie, la reconnaissance entre pairs, en dehors d'un cadre médical ou professionnel. Cette entraide redonne du « pouvoir d'agir » aux personnes accompagnées. Dans cette perspective, des **Groupe d'entraide mutuelle (GEM)**¹⁴, qui sont des espaces de sociabilité et d'entraide gérés par des associations d'usagers ont vu le jour. Les médiateurs santé pairs, s'inscrivent également dans cette logique.

⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁶ PIVETEAU R. « *Zéro sans solution* » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, Denis PIVETEAU, Conseiller d'État, Tome I – RAPPORT - 10 juin 2014.

⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁸ PEINTRE C. *Du partenariat... à l'espace partagé de santé publique*, Pratiques en santé Mentale, 2013, n° 4, pp. 29-35.

⁹ LE CARDINAL P. *Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives*, l'information psychiatrique, 2013/5, volume 89, pp. 365 à 370. Pratiques en Santé Mentale, Le rétablissement, mai 2014, n° 2, fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine.

¹⁰ <http://www.psycom.org/>

¹¹ Le livre blanc sur la gouvernance européenne publié en 2001 par la commission européenne, fait de la participation des citoyens l'un des principes primordiaux de l'action de la commission européenne.

¹² « Le programme OMS-commission européenne pour l'empowerment en santé mentale vise à soutenir les états membres de la zone Europe de l'OMS dans la promotion d'une société dans laquelle les personnes souffrant de troubles de santé mentale ont la possibilité de développer et d'exprimer leurs potentiels au même titre que tout autre citoyen », *La santé de l'homme. Empowerment et santé mentale*, mai-juin 2011, numéro 413.

¹³ *Quand la conquête de la citoyenneté renverse le cycle de la stigmatisation*, LE CARDINAL P. et al. L'information psychiatrique, 2007/10 Volume 83, pp. 807-814

¹⁴ Ces dispositifs ont été reconnus par la loi du 11 février 2005 et disposent d'un cadre et d'un financement depuis la Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques.

8° La **réhabilitation psychosociale**¹⁵ est un terme utilisé pour définir des pratiques qui ont pour objectif de « *restaurer, maintenir, améliorer la qualité de vie des personnes avec des problèmes de santé mentale en les aidant à maintenir, développer et utiliser des habiletés sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible*¹⁶ ». La réhabilitation conjugue des actions auprès de la personne et de son environnement social et même de la société. Elle se met en œuvre par des intervenants du sanitaire et du médico-social (par exemple, grâce à des actions de remédiation cognitive, de l'éducation thérapeutique, de l'accompagnement social, etc.), ou par les usagers eux-mêmes (par l'entraide mutuelle qu'ils s'apportent). Le « Clubhouse », dont l'objectif est d'offrir aux personnes handicapées psychiques un lieu de vie de jour, fonctionne notamment sur ce modèle.

9° La **remédiation cognitive**¹⁷ désigne l'ensemble des techniques rééducatives ayant pour objectif de restaurer des fonctions cognitives défaillantes (mémoire, attention, fonction exécutive, cognition sociale ou méta-cognition).

10° L'**éducation thérapeutique** vise, à partir de l'information claire et loyale due au patient, à l'apprentissage de compétences pour comprendre et gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique : ses symptômes, son traitement et sa rechute. Elle peut être proposée à la personne et à son entourage.

2 LES PUBLICS CONCERNÉS

Les présentes recommandations concernent les personnes handicapées psychiques, c'est-à-dire les personnes qui subissent des restrictions de participation sociale dans leur environnement en raison d'une maladie psychique.

Les recommandations peuvent être utiles aux professionnels accompagnant des personnes handicapées psychiques présentant des altérations d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales et/ou cognitives associées.

3 LES SPÉCIFICITÉS DU HANDICAP PSYCHIQUE

Définition du handicap

Le handicap est parfois confondu avec la notion de déficience ou de maladie. Or, en droit français, selon l'article 2 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, « *constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement 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* ».

Le handicap (c'est-à-dire la restriction de la participation sociale) résulte de l'interaction entre les conséquences des troubles de la personne et l'inadaptation de son environnement.

Cette conception environnementale du handicap a été conceptualisée au niveau de l'OMS dans la Classification internationale du fonctionnement (CIF).

¹⁵ LAFON RAPNOUIL S. *La réhabilitation psychosociale : quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique*. L'information psychiatrique, 2013/5 volume 89, pp. 371-377. La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée, *Revue Pluriels, La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, Janvier-Février 2012, n° 94-95. La réhabilitation aujourd'hui : les pratiques, *Revue Pluriels, La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, Mai-Juin 2012, n° 96-97.

¹⁶ LAFONT-RAPENOUIL S. *La réhabilitation psychosociale : quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique*. L'information psychiatrique, volume 89, 2013/5.

¹⁷ Nicolas Franck président de l'AFRC est responsable du centre ressources régional de réhabilitation psycho-sociale en Rhône-Alpes. Il a contribué à l'implantation en France d'un nouvel outil de soin appelé remédiation cognitive.

Histoire de la notion de handicap psychique

La notion de handicap psychique a été construite pour « rendre visible une population invisible », à savoir les personnes handicapées en raison des conséquences de troubles psychiques, notamment la schizophrénie et les troubles affectifs bipolaires graves. « *L'expression apparaît suite à la première loi sur "les handicapés" en 1956 dans laquelle les personnes avec troubles psychiques avaient été oubliées, et surtout par le combat mené dans les années 90 par l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) et l'émergence à la fois difficile et courageuse d'associations d'usagers regroupées dans la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy).* »¹⁸ Il s'agit d'une spécificité française.

LE HANDICAP PSYCHIQUE PRÉSENTE PLUSIEURS SPÉCIFICITÉS

- Les troubles des personnes sont souvent **variables, intermittents et évolutifs**. Ils n'empêchent pas le rétablissement et la diminution des symptômes. Par ailleurs, les personnes peuvent avoir des compétences réelles pour certaines activités et des difficultés majeures dans d'autres.
- Elles ont **besoin d'un suivi médical régulier**.
- Les personnes n'ont **pas de déficience intellectuelle**. Des troubles cognitifs (mémorisation, anticipation, organisation du temps et de l'espace, etc.) sont souvent associés, de façon temporaire ou permanents¹⁹.
- Elles sont victimes de **stigmatisation** et de rejet.
- **L'isolement** et la rupture du lien social sont fréquents.
- La vulnérabilité est à prendre en compte, surtout lors de situations difficiles de la vie, même lorsque les troubles sont stabilisés²⁰.
- Les personnes peuvent être dans **l'incapacité de demander de l'aide**²¹, la « non-demande ». Les causes de l'absence de demande pouvant être liée à des facteurs personnels ou environnementaux (par exemple, inadéquation entre les besoins de la personne et l'accompagnement proposé).
- Le caractère invisible des troubles implique que **les difficultés sont parfois sous estimées**.
- **L'acceptation des troubles** et des difficultés qui en découlent est **parfois difficile** pour la personne et/ou son environnement.
- Les personnes présentent **des difficultés plus ou moins prononcées dans les interactions sociales**.
- Elles peuvent avoir des difficultés « à faire », à initier l'action.
- Elles peuvent avoir un rapport altéré à la réalité.

Ce public se distingue notamment des personnes « handicapées mentales » de par ces spécificités. Il n'en demeure pas moins que les personnes « handicapées mentales » peuvent souffrir de troubles psychiques.

Les personnes handicapées psychiques n'ont pas forcément toutes ces caractéristiques. Leurs situations sont hétérogènes, notamment en lien avec leur parcours de vie et les contextes dans lesquels elles évoluent (environnement social, qualité des soins et de l'accompagnement, etc.). Certaines personnes rencontrent peu ou pas de difficultés liées aux troubles et/ou évoluent dans un environnement adapté où elles rencontrent peu d'obstacles.

¹⁸ Une évaluation partagée pour mieux accompagner le parcours des personnes en situation de handicap psychique. Recherche-action nationale conduite par le CEDIAS-CREAI Île-de-France, en collaboration avec les CREAI Alsace, Bretagne et Rhône-Alpes, pour la CNSA, 2009.

¹⁹ Ces trois premières caractéristiques sont celles décrites dans le Livre blanc P. 12 Collectif. *Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, associations de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité. Propositions faites lors des réunions de juin 2001*. Édition revue. Paris : Unafam, 2006.

²⁰ Ces caractéristiques ont été identifiées dans le rapport Charzat, *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*. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2002.

²¹ Cette caractéristique figure dans la contribution du groupe de travail handicap psychique au *rapport du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées. Rapport 2012*. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2013.

4 LES OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

Ces recommandations identifient les pratiques professionnelles concourant à :

- la reconnaissance et la valorisation des potentialités des personnes et de leur citoyenneté ;
- l'inclusion sociale et l'amélioration de la qualité de vie ;
- une prise en compte des besoins spécifiques des adultes handicapés psychiques dans les différents domaines de l'existence : la santé, l'habitat, la vie quotidienne, la vie relationnelle, affective et familiale, l'emploi et les activités citoyennes, culturelles et de loisirs ;
- la prévention des ruptures de soin et/ou d'accompagnement et la personnalisation du parcours.

Ces recommandations s'articulent et sont complémentaires à d'autres travaux en cours sur le handicap psychique réalisés par la Caisse nationale de solidarité à l'autonomie (CNSA), l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) et la Haute autorité de santé (HAS)²², les CREAI, etc.

5 LES DESTINATAIRES DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations sont à destination des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux du secteur du handicap, quel que soit le mode d'accompagnement proposé :

- à domicile : Samsah, SAVS, Saad, Ssiad, Spasad ;
- dans des lieux de travail : Établissements et services d'aide par le travail (Esat) ;
- dans des lieux de formation : Centre de réadaptation professionnelle (CRP), Centre de pré-orientation (CPO) ;
- dans des hébergements collectifs : foyer d'hébergement, foyer de vie, Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Maison d'accueil spécialisé (MAS) ;
- dans des accueils de jour.

Elles s'adressent également au sein de services mandataires judiciaires à la protection des majeurs (service MJPM).

Les professionnels des ESSMS qui accueillent des jeunes adultes de plus de 18 ans (IME, ITEP, Sessad, etc.) sont également concernés.

Ces recommandations s'adressent aussi bien aux ESSMS spécialisés dans l'accueil de personnes handicapées psychiques, qu'à ceux qui accueillent des publics diversifiés.

Ces recommandations peuvent aussi être utiles aux professionnels :

- de la santé : secteurs de psychiatrie publique (dont leurs services de réhabilitation psycho-sociale, les équipes mobiles, etc.), médecine de ville (médecins généralistes, psychiatres, infirmiers), psychologues, pharmaciens ;
- de l'emploi et de la formation : Cap Emploi, Pôle Emploi, entreprises adaptées, mission handicap des universités et des entreprises, mission handicap des entreprises, médecine du travail, SAMETH, etc. ;
- de l'hébergement et du logement : résidences-accueils, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Foyers de jeunes travailleurs (FJT), bailleurs sociaux ou privés, Établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), foyer logement, etc. ;
- de la vie sociale et citoyenne : groupe d'entraide mutuelle, associations d'usagers, maisons de quartiers, centres socioculturels, associations culturelles et sportives, etc. ;
- de la famille : associations de familles, services de la protection de l'enfance, planning familial, etc. ;
- de l'aide à domicile (lorsqu'ils ne sont pas des ESSMS).

²² Voir annexe 2.

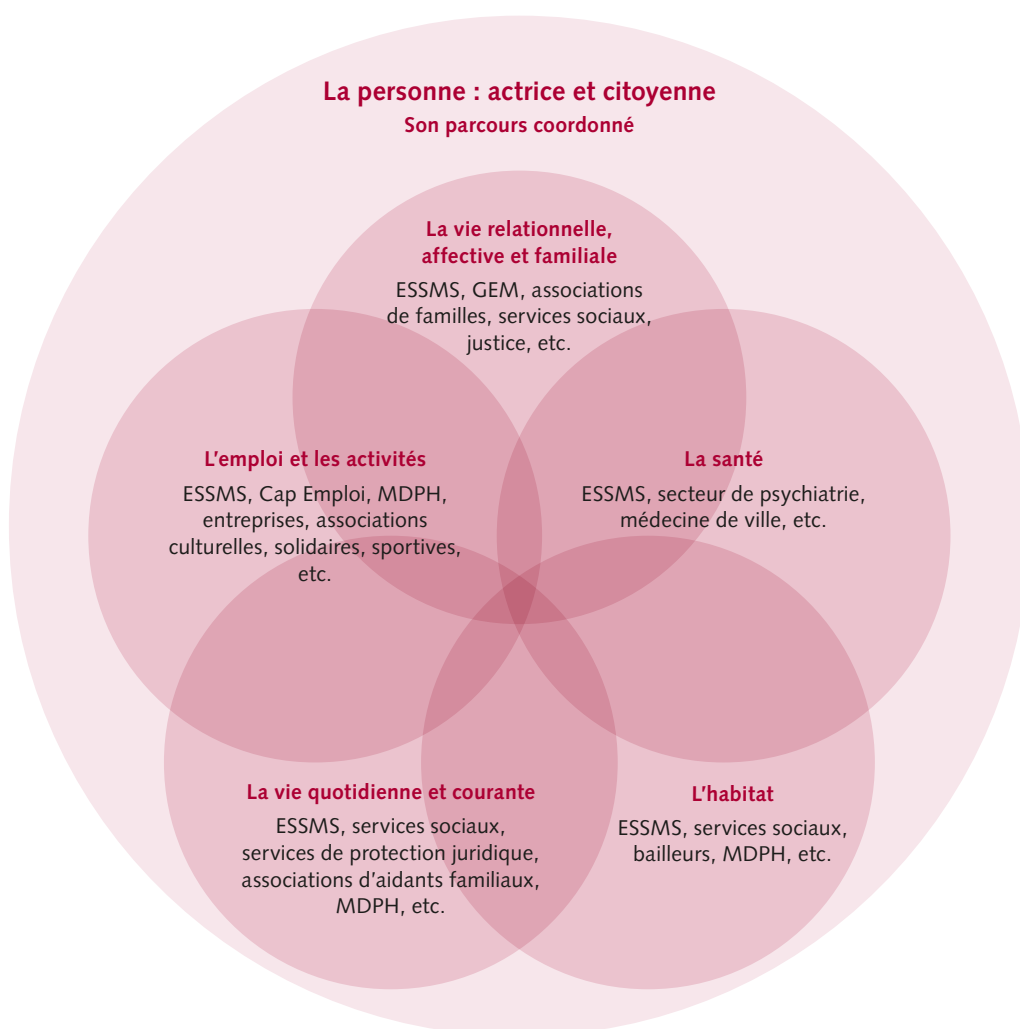
Elles s'adressent aussi de manière indirecte :

- aux acteurs chargés de l'évaluation, de l'orientation et de l'accès aux droits : services sociaux municipaux (CCAS) ou départementaux (Unité territoriale d'action sociale (UTAS), etc.), Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), Maison de l'autonomie (MDA), Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), Centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic), etc.;
- aux centres ressources, et notamment les centres ressources handicap psychique;
- aux organismes de formation;
- aux autorités de contrôle et de tarification (ARS, conseils départementaux);
- aux organismes qui accompagnent les ESSMS dans leurs démarches d'amélioration de la qualité.

Les personnes accompagnées, ainsi que les aidants non professionnels et les proches sont également des destinataires indirects.

6 LE MODE D'EMPLOI DES RECOMMANDATIONS

6.1 Les 6 chapitres : description et articulations



Les recommandations sont déclinées en six chapitres qui correspondent chacun à des domaines de l'accompagnement : la vie relationnelle, affective et familiale, la santé, l'emploi et les activités, la vie quotidienne et courante, l'habitat.

Un chapitre constitue le fondement de l'accompagnement ; il concerne la place de la personne : actrice et citoyenne.

Les différents domaines (habitat, vie relationnelle, vie quotidienne, emploi et activités, santé) sont en interaction et sont donc à articuler.

Il n'existe pas de hiérarchie entre les domaines. Les priorités de l'accompagnement (soins, habitat, emploi, etc.) sont à définir avec chaque personne accompagnée, à chaque moment de son parcours.

L'enjeu pour les professionnels est de favoriser **la fluidité du parcours de vie** en recherchant **la coordination, la continuité et la cohérence** entre les différents domaines de l'accompagnement et dans les différentes étapes du parcours de vie, afin de mieux répondre aux besoins et attentes des personnes.

Chaque acteur peut constituer une « porte d'entrée » et une passerelle vers un autre domaine de l'accompagnement, ce qui, exige, pour les professionnels, de s'inscrire dans une posture de coopération. Il ne s'agit pas de se limiter exclusivement aux missions confiées à son établissement ou service, mais au contraire de prendre la mesure de son inscription dans un dispositif plus large qui doit pouvoir répondre aux besoins globaux des personnes. Cette coopération passe par un travail avec des acteurs aux champs de compétences aussi variés que nécessaires, tout en respectant les liens premiers que chaque personne aura développés avec certains d'entre eux (et notamment ceux qui ont constitué la porte d'entrée vers un accompagnement adapté)²³.

Toutefois, les besoins de soins étant l'une des spécificités de ce public, l'articulation entre **les soins et l'accompagnement** (habitat, emploi, vie relationnelle, vie quotidienne, etc.) est à rechercher.

6.2 Le contenu des différentes parties

Chaque chapitre est découpé en plusieurs parties déclinées de la façon suivante :

- une **introduction** destinée à éclairer les lecteurs sur le contexte et les problématiques ;
- les **effets attendus** qui définissent les buts à atteindre ;
- les **déclinaisons concrètes des recommandations**, c'est-à-dire les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces buts. Celles-ci sont déclinées à 4 niveaux :
 - 1° la **phase d'admission** qui est une phase de **transition** : elle comprend les échanges préalables à l'admission, l'accueil de la personne et la phase d'évaluation contribuant à la construction du projet personnalisé,
 - 2° **l'accompagnement de la personne**,
 - 3° la **phase de sortie** de l'ESSMS qui est une phase de **transition**,
 - 4° **l'accompagnement des proches**,
 - 5° **l'organisation de l'établissement ou du service**, qui comprend notamment les pratiques relatives aux procédures et aux outils, à la formation des professionnels, leur rôle et missions, etc.,
 - 6° **le partenariat**. Il désigne un mode de travail où s'articulent les échanges et les actions des professionnels (de même ou de champ différent). Pour le faire fonctionner, chacun des membres définit ses compétences et ses limites. Le partenariat peut être formalisé ou non ;
- les **points de vigilance** qui attirent l'attention du lecteur sur certaines pratiques spécifiques ;
- les **repères juridiques**. Ils ne sont pas exhaustifs et ont vocation à préciser le cadre juridique dans lequel s'inscrivent certaines pratiques ;
- les **illustrations** qui décrivent des pratiques mises en œuvre par des établissements. Elles éclairent les propos et ne sont pas des recommandations. Cependant, elles peuvent inspirer des initiatives. Les illustrations peuvent aussi prendre la forme de paroles de personnes accompagnées recueillies sous forme de verbatim. Ces derniers ont été recueillis lors d'entretien ou de groupes de travail avec ces personnes, certains sont extraits de l'ouvrage « Funambules de nos vies²⁴ » ;

²³ PEINTRE C. Du partenariat... à l'espace partagé de santé publique, *Pratiques en santé Mentale*, 2013, n° 4 pp. 29-35.

²⁴ *Funambules de nos vies. 10 ans de compagnonnage sur les chemins de la liberté*, Espoir 54, association d'idées, 2008, 75 p.

- les **critères de suivi**. Pour garantir un accompagnement de qualité, il est recommandé aux professionnels de se doter de critères de suivi, c'est-à-dire des points spécifiques concernant les besoins des personnes, les pratiques d'accompagnement, l'organisation ou le partenariat, sur lesquels les professionnels doivent avoir une attention particulière. **Ces critères de suivis doivent être limités en nombre et leur analyse doit toujours être contextualisée. Ce sont des outils au service de l'amélioration des pratiques et non des objectifs en soi.** Ils peuvent être complétés et/ou remplacés par ceux jugés opportuns par les professionnels en raison du contexte de leur établissement ou du service et des besoins et attentes des personnes.

6.3 Les documents complémentaires

À la fin de chaque chapitre, l'**essentiel** constitue une synthèse.

Des **annexes** complètent les recommandations :

- la méthodologie d'élaboration des recommandations et la liste des participants ;
- un glossaire ;
- les documents complémentaires aux recommandations ;
- une fiche synthétique sur :
 - la formation des professionnels,
 - les partenariats ;
- une fiche synthétique sur le processus d'évaluation du handicap psychique (Ancreai-Cedias, sous réserve accord) ;
- une présentation de l'Anesm et de ses missions.

D'autres documents sont disponibles sur le site internet de l'Anesm :

- une bibliographie ;
- une analyse documentaire.

7 LES MODALITÉS D'APPROPRIATION DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations sont des outils destinés à alimenter le questionnement évaluatif des ESSMS. Elles ont pour objectif d'aider les professionnels à identifier leurs points forts et améliorer leurs pratiques d'accompagnement auprès des personnes handicapées psychiques.

Elles nécessitent une appropriation par les professionnels. La synthèse des recommandations est susceptible d'en faciliter l'appropriation. Elle est disponible sur le site internet de l'Anesm.

Les recommandations s'adressent à des professionnels exerçant dans des établissements et services dont les missions sont différentes. Certains proposent un accompagnement à domicile (Samsah, SAVS, Saad, Ssiad, etc.), d'autres constituent des hébergements adaptés (les Foyers de vie, les Foyers d'accueil médicalisé, etc.), des lieux de travail ou de formation (Esat, Crp-Cpo, etc.), certains mettent en œuvre des mesures de protection juridique (les services MJPM), etc. De la même manière, les recommandations s'adressent à des professionnels exerçant dans des établissements diversifiés en termes de besoins des personnes accueillies, de composition de l'équipe pluridisciplinaire, de taille, d'histoire, d'organisation administrative, etc.

De ce fait, même si les recommandations s'adressent à l'ensemble des ESSMS, elles sont à articuler avec **leurs missions spécifiques définies dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) et au regard des spécificités de chaque établissement définies dans son projet d'établissement ou de service.**

Les caractéristiques des territoires d'implantation de ces ESSMS sont également variées : rural/urbain, favorisé/défavorisé, forte densité médicale ou non, etc. Les pratiques partenariales, sont à inscrire en tenant compte des **spécificités territoriales.**

Enfin, si ces recommandations concernent toutes les personnes en situation de handicap psychique, elles sont à lire au regard des besoins et attentes singulières de chaque personne. Les déclinaisons concrètes de ces recommandations font partie de son **projet personnalisé**.

**CES RECOMMANDATIONS PORTANT SUR LE HANDICAP PSYCHIQUE SONT COMPLÉMENTAIRES
AUX RECOMMANDATIONS SUIVANTES**

- Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (Anesm, 2010)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (Anesm, 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (Anesm, 2008)

CHAPITRE À LIRE ABSOLUMENT

LA PLACE DE LA PERSONNE : ACTRICE ET CITOYENNE

La revendication de la place d'acteur et de citoyen est forte parmi les personnes ayant des troubles psychiques. À travers les associations d'usagers, l'entraide entre pairs, les groupes d'entraide mutuelle et les associations de familles, les personnes souhaitent développer et retrouver leur « pouvoir d'agir », tant sur le plan individuel que collectif.

1 RECONNAÎTRE, LES CAPACITÉS D'AUTO-DÉTERMINATION DES PERSONNES

La reconnaissance de la place d'acteur des personnes constitue un point de départ et un nouvel horizon de l'accompagnement.

Il s'agit pour les professionnels de reconnaître les droits individuels des personnes, et notamment celui d'être informé et de décider de ce qui les concerne, notions au cœur de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.²⁵

Toutefois, l'une des spécificités du handicap psychique peut être une difficulté à avoir des attentes, à faire des choix, à impulser une décision ou une action. Les personnes peuvent être dans l'absence de demande explicite et ne pas/ou peu exprimer de motivation.

Ces difficultés peuvent être liées à l'interaction entre les conséquences des troubles de la personne (inhibition, absence de motivation, difficultés d'attention, etc.) et son environnement (méconnaissance des droits, stigmatisation, communication professionnelle inadaptée, etc.).

Ces difficultés peuvent engendrer une perte de confiance en soi qui est un facteur très invalidant dans le cadre du handicap psychique. La réappropriation de cette confiance est donc essentielle.

Effets attendus

- La personne connaît clairement les prestations proposées par l'établissement. Elle connaît ses droits.
- La personne est considérée comme un interlocuteur à part entière.
- Les professionnels reconnaissent la citoyenneté de la personne et donc ils respectent leurs droits.
- Les professionnels prennent en compte les capacités de la personne à apprendre, à s'adapter, à évoluer.
- Les professionnels respectent les choix et les préférences des personnes.
- Les professionnels prennent en compte les potentiels de la personne.
- Les professionnels adaptent leurs modalités de communication avec la personne afin de tenir compte des éventuelles spécificités cognitives (attention, mémoire, etc.).
- La personne s'auto-détermine.
- Elle reprend le pouvoir de décision et d'action sur sa vie.
- La personne retrouve de la motivation et de la confiance en soi.

²⁵ Loi n° 2002-2, mais également de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↳ Informer la personne des prestations proposées par l'ESSMS en lui transmettant le livret d'accueil qui précise les objectifs de l'accompagnement, les interventions proposées, le rôle des différents professionnels. Informer du caractère spécialisé ou non pour le handicap psychique.
- ↳ Proposer à la personne des essais (visites, stages, hébergement temporaire, etc.) avant son entrée, pour mieux connaître le fonctionnement de l'établissement et rencontrer les autres personnes accompagnées.

ILLUSTRATION - PAROLE D'UNE PERSONNE ACCOMPAGNÉE

« Faire des périodes d'essai avant l'entrée dans une structure, pour savoir si on s'y sent bien et avoir connaissance des pathologies des autres résidents ».

- ↳ Informer la personne, de manière claire et concise, des modalités de mises en œuvre de son droit à la participation individuelle (information, participation à l'élaboration de son projet personnalisé, choix de son accompagnement et de son lieu de vie, etc.) lors de la remise de la charte des droits et libertés, du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour. Préciser les modalités de recours en cas de non-respect des droits (personne qualifiée, délégué du défenseur des droits sur le territoire, autres modalités propres à l'établissement ou au service, etc.).
- ↳ Envisager d'intégrer, dans la phase d'admission, l'accueil par un pair.
- ↳ Lorsque l'établissement accueille des publics diversifiés, expliquer à la personne les spécificités du handicap des personnes accueillies.
- ↳ Recueillir les attentes et besoins de la personne concernant son accompagnement :
 - en utilisant des outils de recueil des attentes;
 - en l'incitant à les exprimer.
- ↳ Confronter les besoins et attentes de la personne avec les interventions proposées par l'ESSMS. Échanger avec la personne sur les possibilités de construire un projet commun.
- ↳ Identifier les potentialités et les savoirs faire (par exemple ceux issus de l'expérience), en construisant/s'appuyant sur des outils.
- ↳ Définir l'admission comme un choix possible, informer des alternatives existantes sur le territoire (en particulier les autres dispositifs n'entrant pas dans la catégorie des ESSMS) et accompagner la personne vers ces dernières.

L'accompagnement de la personne

- ↳ Partir du projet de vie/des demandes et des potentialités de la personne pour construire/réajuster/faire évoluer son projet d'accompagnement :
 - en s'interdisant tous jugements sur les choix de vie;
 - en l'accompagnant pour prendre des décisions, notamment dans la compréhension des conséquences de ses choix et en instaurant un dialogue pour mesurer les avantages et les inconvénients d'une décision;
 - en construisant le projet par étapes, avec des objectifs ciblés opérationnels;
 - en proposant des mises en situation réelle (hébergement temporaire, stages, visites, etc.);
 - etc.

ILLUSTRATIONS - PAROLES DE PERSONNES ACCOMPAGNÉES

« (...) Les professionnels nous accompagnent dans des projets de meilleure vie réaliste et réalisable. On a le gouvernail en main. On est aidé, soutenu, alors que le soin pense souvent pour nous. Les professionnels nous aident à acquérir les capacités mises en veille à cause du manque d'estime de soi, du manque d'espoir (...). »

« (...) Cette formation est très valorisante, on sort du centre souvent avec le sourire tellement on réapprend à s'ouvrir à l'autre et à puiser en nous pour sortir de notre bouche et de nos écrits quelque chose qui nous ressemble. On apprend à se connaître pour trouver la meilleure voie pour nous. (...) »

- ↳ Reconnaître et tenir compte de toutes les demandes (y compris celles pouvant apparaître utopistes ou *a priori* éloignées de la réalité) et de la moindre motivation pour co-construire avec la personne son projet. Le décliner en objectifs concrets et réalisables.
- ↳ Rechercher les causes (personnelles et/ou environnementales) de l'absence d'attentes/de motivation. Par exemple :
 - les difficultés cognitives (liées au non aux effets secondaires des traitements) pouvant entraîner des problèmes de compréhension, d'expression ou d'attention ;
 - le manque de confiance en soi ou envers les professionnels ;
 - l'inadaptation de l'environnement (moment, lieu, personnes présentes, etc.) de l'entretien professionnel-personne accueilli ;
 - etc.
- ↳ Croiser les regards pour analyser l'absence de demande :
 - en instaurant un dialogue avec la personne ;
 - en l'abordant en équipe pluridisciplinaire ;
 - en sollicitant, sous réserve de l'accord de la personne, les partenaires (notamment du soin) et les proches aidants.
- ↳ Co-construire des solutions adaptées au manque d'expression de motivation de la personne. Par exemple :
 - rendre possible le/les premiers accueils avec un tiers de son choix (proche, pair, personne exerçant la mesure de protection juridique, professionnel de la psychiatrie, etc.) susceptible de favoriser son expression en s'assurant que la parole de ce tiers ne se substitue pas à la parole de la personne ;
 - rendre possible la/les premiers accueils dans un lieu susceptible de favoriser l'expression de ses besoins : domicile, rue, etc. dans une optique « d'aller vers » ;
 - l'aider à dépasser ses éventuelles peurs, en l'encourageant et en valorisant ses potentialités ;
 - prendre le temps nécessaire pour tisser une relation de confiance ;
 - tenir compte de la temporalité de la personne pour exprimer ses demandes et son projet de vie ;
 - etc.
- ↳ Reconnaître, encourager, soutenir et développer les potentialités et le niveau d'estime de soi de la personne.
- ↳ Faire découvrir/développer des compétences qu'elle ne soupçonnait pas.
- ↳ Adapter les interventions proposées en tenant compte :
 - de ses capacités communicationnelles (attention, mémoire notamment) et de leurs fluctuations ;

- de son niveau l'estime de soi/confiance en soi (il existe des échelles pour évaluer l'estime de soi, comme par exemple Échelles des provisions sociales (EPS), la Turner Battery²⁶, la self-Esteem Rating Scale, l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg²⁷);
- de ses capacités d'évolution;
- etc.

POINT DE VIGILANCE

Les échelles de mesure doivent être utilisées par des professionnels formés et maîtrisant ces outils (en interne ou en externe) afin que les interprétations ne soient pas erronées.

ILLUSTRATIONS - PAROLES DE PERSONNES ACCOMPAGNÉES

« (...) Pour toutes les personnes que je rencontrais, j'étais considérée comme une malade, mon infirmière, mon pharmacien, mon médecin. J'ai fini par penser que je n'étais plus que ça. Au contraire, au groupe d'entraide, on m'a appelé par mon prénom, on s'est intéressé à moi, à ce que je pouvais donner. Je savais faire des choses mais on ne me l'avait jamais demandé (...) »

« (...) La confiance en soi c'est difficile à avoir. On remet tout en question. J'en viens même à questionner les fondements de ma personnalité. Les professionnels nous aident, ils nous parlent, ils nous écoutent. Ils nous aident à mettre des buts, des projets pour parler des petites choses qui vont s'emboîter les unes dans les autres. Dès que nous avons des doutes, ils nous remettent sur les rails en nous parlant de nos qualités. Ils font ressortir ce que nous occultons. (...) »

« (...) Au début, j'avais plus besoin d'aide que je n'arrivais à en donner. Aujourd'hui, je donne et je reçois : je viens tous les jours au GEM et au SAVS et je sais pourquoi je me lève le matin. Je partage des activités de façon informelle et je suis reboostée par l'aide que je donne. J'aide à ma hauteur et je fais les choses avec cœur. Même quand je ne vais pas bien, j'arrive à venir. (...) »

La phase de sortie envisagée

- Prendre en compte toutes les expressions de la personne d'une demande d'une fin d'accompagnement. Échanger avec la personne sur les raisons de ce choix pour évaluer la situation et l'accompagnement.
- Co-construire avec elle l'évolution nécessaire de son accompagnement. Informer la personne des alternatives existantes sur le territoire et l'accompagner vers ces dernières.

L'organisation de l'établissement ou du service

- Être à l'initiative d'une réflexion collective sur la considération de la personne, c'est-à-dire la valorisation des potentialités/capacités, des droits individuels, et des identités personnelles et sociales.²⁸ Être particulièrement attentif à ne pas considérer la personne sous l'angle de ses limitations, symptômes, de sa maladie et de son handicap.

²⁶ P. 48, Cnsa-Cedias de 2007, *Handicap d'origine psychique et évaluation des situations*. BARREYRE J-Y, MAKDESSI Y., 87 p.

²⁷ Les différentes méthodes et outils d'évaluation du handicap psychique ont été décrits dans le rapport Cnsa-Cedias de 2007, *Handicap d'origine psychique et évaluation des situations*. BARREYRE J-Y, MAKDESSI Y., 87 p., et plus particulièrement les pages 33 à 60.

²⁸ Il existe de nombreuses définitions de l'identité. L'une des définitions possibles est celle de TAP P., 2010, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, Bayard, p. 293. « L'identité, c'est ce par quoi une personne, un groupe (familial, professionnel...), un peuple se reconnaissent eux-mêmes et se voient reconnus par les autres. Ils construisent et disposent d'un système de représentations, d'images et de sentiments, à partir duquel ils peuvent signifier leur spécificité, leurs appartenances, leur légitimité, à la lumière de leur propre histoire et de leur propre projet [...]. Elle participe de ce fait à l'intégration sociale des personnes (...). ».

- ↳ Être attentif à ce que le vocabulaire utilisé dans les échanges interprofessionnels et les écrits professionnels soient valorisants pour les personnes.
- ↳ Assurer la formation et/ou la sensibilisation des professionnels sur les notions de « pouvoir d'agir », (« *empowerment* »²⁹ en anglais), entretien motivationnel, approche centrées sur les capacités/potentialités et de droits individuels (droit à l'information, au choix, etc.) des personnes. S'assurer que ces formations intègrent des formateurs-usagers.
- ↳ Se doter et/ou construire des outils permettant de développer/renforcer la confiance en soi.

ILLUSTRATION - PAROLE D'UNE PERSONNE ACCOMPAGNÉE

« (...) Dans le cadre de ce stage, on fait des ateliers : vidéos, écriture, radio, etc. On choisit les thèmes ensemble, si on n'est pas d'accord entre nous, on vote. C'est intéressant. Ça permet de reprendre confiance, je ne me pensais pas capable de faire tout ça. Ici, on est dans le travail, dans la production. C'est gratifiant car ça n'est pas médicalisé. On n'est pas dans la case malade psychique. Cette case, je la déteste. J'ai pas envie qu'on m'identifie à ma pathologie (...) ».

- ↳ Identifier les aptitudes requises pour reconnaître et favoriser les capacités d'acteur des personnes. Et notamment :
 - capacités d'écoute et d'empathie ;
 - capacités à échanger dans le respect et la réciprocité et à proscrire les postures infantilisantes ;
 - capacités à reconnaître et valoriser les potentialités des personnes.
- ↳ Mettre en place des espaces d'analyse des pratiques pour permettre aux professionnels de l'accompagnement d'être soutenu dans leurs relations avec les personnes accueillies.
- ↳ Mettre en place une animation d'équipe valorisant les capacités d'initiatives des professionnels.
- ↳ Introduire un volet sur l'entraide entre pairs dans le projet d'établissement ou de service.
- ↳ Évaluer l'effectivité du recueil et de la prise en compte de l'expression des personnes en définissant des critères de suivi, par exemple :
 - en intégrant cet *item* dans le questionnaire de satisfaction ;
 - en l'abordant dans le cadre du conseil de la vie sociale ;
 - en vérifiant, dans les dossiers des personnes, l'effectivité du recueil de la parole de la personne.
- ↳ Évaluer les pratiques visant à favoriser l'expression d'une demande/la motivation des personnes.
- ↳ Évaluer la satisfaction des personnes concernant leur accompagnement, de manière individuelle (par exemple en réalisant une enquête, en l'intégrant lors de la réévaluation du projet personnalisé) et/ou collective (par exemple, dans le cadre du Conseil de la vie sociale).

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LA PARTICIPATION INDIVIDUELLE DES PERSONNES

- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (Anesm, 2008)
- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) - Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté (Anesm, 2013)
- Participation des personnes protégées à la mise en œuvre de leur mesure de protection (Anesm, 2012)

²⁹ JOUET E., FLORA L. *Empowerment et santé mentale : le contexte et la situation en France*. Revue La santé de l'homme. Empowerment et santé mentale, mai-juin 2011, n° 413.

2 RECONNAÎTRE ET RENFORCER LE RÔLE DE CITOYEN DES PERSONNES

Différentes lois reconnaissent le droit à la participation collective et à la citoyenneté : loi du 2 janvier 2002, loi du 11 février 2005, du 4 mars 2002.

La mise en œuvre effective de ce droit est au cœur des orientations de nombreux acteurs du secteur social et sanitaire.³⁰

Toutefois, l'effectivité de cette participation est encore à renforcer.

De nombreux outils peuvent être mobilisés et notamment l'entraide entre pairs.

Effets attendus

- Le pouvoir d'action collective, au sein de l'ESSMS et dans la société, des personnes est reconnu et renforcé.
- Le pouvoir d'action individuel ainsi que la motivation sont renforcés.
- L'accompagnement proposé répond mieux aux besoins et attentes des personnes.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↘ Présenter les représentants du Conseil de la vie sociale et les modalités de fonctionnement des autres formes de participation collective.
- ↘ Proposer une rencontre avec une association d'utilisateur ou un adhérent d'un groupe d'entraide mutuelle.

Le projet d'accompagnement

- ↘ Intégrer, dans le cadre de l'élaboration et de la réévaluation du projet personnalisé, les aspects relatifs à la participation à la vie de l'établissement et de la cité. En fonction des attentes formulées par la personne dans ce domaine :
 - lui proposer d'intégrer les espaces de participation collective de l'ESSMS ;
 - l'accompagner vers des associations d'utilisateurs (par exemple pour envisager sa participation dans les instances chargées de l'élaboration des politiques publiques³¹) ;
 - l'accompagner vers les instances démocratiques de son territoire (conseil local de quartier, etc.) et les associations citoyennes (dans le domaine de la solidarité, de l'environnement, etc.) ;
 - etc.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Garantir la participation des personnes à l'élaboration du livret d'accueil, à la réactualisation du règlement de fonctionnement, au projet d'établissement ou de service et à la démarche d'amélioration continue de la qualité, en s'appuyant sur le CVS, les autres formes de participation ou en créant des dispositifs *ad hoc*.
- ↘ Mettre en place des instances de participation collective complémentaires à celles qui constituent une obligation réglementaire (Conseil de la vie sociale et enquête de satisfaction dans les services à domicile) : commissions animations, commissions repas, journal des usagers, etc.

³⁰ *Affirmer la citoyenneté de tous*. Rapport 2013 de la CNSA, 145 p. *Groupe de travail-Place des usagers*. États généraux du travail social, Rapport remis par Marcel Jaeger, président de la commission du rapport CSTS et titulaire de la chaire travail social du Cnam, 18 février 2005. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. *Santé mentale en Europe : recommandations en faveur des droits, de la participation et de l'information des personnes usagères des services de santé mentale et des aidants*. 4^e rencontres internationales du Ccoms, Lille, 30 et 31 janvier 2014.

³¹ Par exemple : la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) au niveau de l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Commission accessibilité au niveau de la municipalité, le Conseil local de santé et conseil local de santé mentale, les Groupes chargés de l'élaboration des schémas au niveau du conseil départemental, etc.

ILLUSTRATION

Un réseau de services à domicile organise au moins une fois par an avec des personnes en situation de handicap un groupement local d'usagers et de personnes en situation de handicap (famille et/ou représentant légal). Ces groupements comprennent également le responsable de service, un cadre intermédiaire et éventuellement un membre d'un pôle ressources local. L'objectif de ces groupes qui peuvent être mis en place avec des personnes en situation de handicap psychique, est de recueillir les avis, remarques, observations et suggestions des personnes concernant les prestations du Saad. Il s'agit donc d'une forme de participation alternative aux CVS, et conforme aux dispositions de l'article D. 311-21 du Code de l'action sociale et des familles auxquelles sont soumis les Saad qui sont des services au sens des dispositions de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

- Mener une réflexion sur les articulations possibles entre les représentants des usagers (qui sont eux-mêmes des personnes handicapées psychiques et pas uniquement des familles) et les instances de l'organisme gestionnaire.

ILLUSTRATION - PRATIQUES D'UNE ASSOCIATION GESTIONNAIRE

Les statuts d'une association gestionnaire d'ESSMS mentionnent trois postes réservés aux usagers au sein du conseil d'administration. Pour assurer l'effectivité de la présence des adhérents-usagers, un collège de 12 usagers prépare avec le directeur chaque conseil d'administration. Si l'un ou l'autre des trois titulaires ne peut être présent, en raison de son état du moment, il est remplacé. Chaque conseil prévoit en début de l'ordre du jour la rubrique « la parole aux usagers ».

- Soutenir les initiatives des personnes dans la mise en œuvre d'actions collectives au sein de l'ESSMS ou à l'extérieur : journal des usagers, organisation d'événements festifs, animation ou co-animation d'ateliers, etc. Laisser l'autonomie maximale des personnes dans ces actions.
- Adapter les modalités de fonctionnement du Conseil de la vie sociale (horaires, durée, lieu, etc.) aux spécificités du handicap psychique (variabilité des troubles, fatigabilité, difficultés de concentration, pour se déplacer, etc.).
- Assurer la formation des personnes accompagnées qui siègent au sein du Conseil de la vie sociale.
- Se rendre disponible, dans la mesure du possible, pour répondre aux sollicitations des organismes/instituts de formation qui demandent l'intervention de personnes accompagnées dans le cadre des formations/colloques, etc.

ILLUSTRATION - PRATIQUES D'UNE ASSOCIATION

Une association de réhabilitation psychosociale, a ouvert en 2013 un centre de formation/ressources à destination des partenaires en difficulté face aux troubles psychiques (bailleurs sociaux, CCAS, et autres structures médicosociales). Lors de formations (animées par des ressources internes en santé mentale de l'association - infirmiers en psychiatrie de formation), une demi-journée est consacrée à une table ronde avec les usagers de la santé mentale (usagers du GEM, du service logement ou du Samsab) – ils viennent parler de leur pathologie, des répercussions sociales qui y sont liées, des problèmes de stigmatisation, d'accès au logement et à l'emploi. Cet échange modifie considérablement les représentations que les gens se font du handicap psychique. L'utilisateur, en tant que citoyen ordinaire, est un collaborateur privilégié du centre de formation, en tant qu'acteur dans le travail de déstigmatisation.

- Accompagner, autant que possible, les personnes qui souhaitent intervenir dans des formations/colloques, dans la construction d'outils et de supports de formation (vidéos, écrits, etc.).

- ↳ Évaluer l'effectivité de la participation collective des usagers au fonctionnement de l'ESSMS en définissant des critères de suivi, par exemple :
 - la diversité des modes de participation collective des usagers ;
 - le nombre de demandes du CVS et/ou autres formes de participation ayant été traitées.

Le partenariat

- ↳ Travailler en partenariat (en fonction des ressources du territoire) avec les associations d'usagers, maison des associations, maison des usagers, groupes d'entraide mutuelle.
- ↳ Identifier les instances de participation démocratique accessibles (conseil de quartier, budget participatif citoyen, conseil local de santé mentale, etc.) des communes où résident les personnes.

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LA PARTICIPATION COLLECTIVE

- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) - Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté (Anesm, 2013)
- Participation des personnes protégées à la mise en œuvre des mesures de protection juridique (Anesm, 2012)
- La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux (études, Anesm, 2014)

3 PARTICIPER AU CHANGEMENT DE REGARD SUR LES PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES

Si beaucoup de changements sont intervenus en faveur de l'inclusion des personnes handicapées, il reste cependant de nombreux préjugés sur le handicap psychique.

Les professionnels, les personnes accueillies dans les ESSMS, parfois l'entourage, le grand public, peuvent, par méconnaissance, se mettre à distance des personnes handicapées psychiques et ne pas reconnaître et respecter leurs droits. Cette stigmatisation a des répercussions sur la vie sociale : les personnes ne se sentent pas à leur place dans la société, elles ont une image négative d'elles-mêmes et de fait, cherchent à s'isoler. Cette stigmatisation peut aussi renforcer le risque de ne pas accepter/reconnaître ses difficultés, avec des effets négatifs sur le parcours (refus des démarches, moindre observance du traitement, etc.). Les personnes peuvent se retrouver en situation de « disqualification sociale³² ».

Cette stigmatisation peut aussi être à l'origine de situation de discrimination (dans l'habitat, l'emploi, etc.) en raison du handicap psychique.

ILLUSTRATIONS - PAROLES DE PERSONNES ACCOMPAGNÉES

« (...) La pathologie parfois masque nos compétences ou les efface avec le temps. La confiance en soi est parfois abordée ici lors des entretiens individuels. Mais comment arriver à avoir une certaine estime et confiance en soi quant à l'extérieur on vous regarde comme si nous n'avions pas de valeurs. Cela fait retomber la confiance en soi. (...) »

« J'aime bien me balader dans mon quartier, me rendre dans les boutiques, prendre mon petit café. Mais les commerçants me regardent d'un sale œil. Je n'aime pas ça. Je trouve que je suis mal accueillie. »

³² Serge PAUGAM dénonce l'impossible citoyenneté sociale des personnes les plus en difficulté « la disqualification sociale renvoie à la logique de désignation et de l'étiquetage et de ses effets sur le plan identitaire... elle est le produit d'une construction sociale. » voir avec CJB.

REPÈRES JURIDIQUES**Convention de l'ONU relative aux droits des personnes, article 3.**

« Les états parties s'engagent à prendre des mesures immédiates, efficaces et appropriées en vue de :

- a) sensibiliser l'ensemble de la société, y compris au niveau de la famille, à la situation des personnes handicapées et promouvoir le respect des droits et de la dignité des personnes handicapées
- b) Combattre les stéréotypes, les préjugés (...)
- c) mieux faire connaître les capacités et les contributions des personnes handicapées. »

Code pénal, Article L. 225-1

« Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée. »

Effets attendus

- Les professionnels, les proches et l'entourage de l'ESSMS (partenaires, élus locaux, presse locale, voisinage, etc.) ont une meilleure connaissance du vécu des personnes handicapées psychiques. Ils ont l'occasion de rencontrer des personnes handicapées psychiques. Leurs préjugés et les éventuelles peurs sont levés.
- Le respect des différences est amélioré. La richesse de la diversité humaine est connue.
- Les représentations sont bouleversées, le handicap est considéré comme une réalité de la vie ordinaire. L'accompagnement est amélioré.
- Les personnes handicapées psychiques ont une meilleure image d'elles-mêmes.
- Les éléments institutionnels qui peuvent contribuer à la stigmatisation sont évités.
- Les personnes victimes de discrimination en raison de leur handicap sont accompagnées dans leur défense.

RECOMMANDATIONS**L'accompagnement de la personne**

- ↘ Se rendre disponible pour échanger avec la personne lorsqu'elle évoque des situations de stigmatisation/rejet et de discrimination en raison de son handicap/sa maladie.
- ↘ Co-construire avec elle l'accompagnement nécessaire en échangeant avec elle sur les réponses à apporter.
- ↘ Accompagner vers un groupe d'entraide mutuelle.
- ↘ Co-construire avec elle l'accompagnement nécessaire pour l'aider à faire valoir ses droits lorsqu'elle a été victime d'une discrimination en l'aidant dans ses démarches auprès du commissariat ou du défenseur des droits.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Construire des actions/réflexions collectives visant à renforcer les capacités d'agir des personnes et à lutter contre la stigmatisation. Solliciter les groupes d'entraide mutuelle et les associations d'usagers et s'appuyer sur des outils, par exemple, le théâtre forum.

- ▮ Identifier avec les personnes accueillies (dans le cadre du CVS ou des autres formes de participation) les facteurs institutionnels perçus comme stigmatisant par les personnes : vocabulaire utilisé, signalétique, vision négative du handicap (perçu sous l'angle déficitaire), postures de certains professionnels, etc.

ILLUSTRATIONS

« Sur le foyer, il est inscrit “annexe de l’hôpital psychiatrique”, et ça, ça fait peur. Les gens ont plein de préjugés, ils croient qu’on est tous dangereux. Quand t’es au foyer, t’es casé dans une case. Alors qu’au foyer, on est tous stabilisés (...). Quand je sors du foyer, j’ai peur des lycéens (...). On a un problème avec la pancarte. »

Une résidence accueil pour personnes handicapées psychiques a volontairement décidé de se passer d’une signalétique précise sur sa façade et d’y faire figurer seulement et de façon discrète le sigle de l’association gestionnaire, beaucoup plus neutre, démarche à laquelle les résidents disent avoir été très sensibles.

- ▮ Soutenir les initiatives des personnes accompagnées dans leur participation à des actions visant à lutter contre la stigmatisation (auprès des lycéens et des collégiens, des journalistes, des élus locaux, du voisinage), etc.
 - en accompagnant la construction et la diffusion d’outils : témoignages vidéos, expressions artistiques (poésie, photos, dessins, peinture, théâtre, etc.), journal des usagers, journées portes ouvertes, « bibliothèque des livres vivants »³³, « psytrialogue »³⁴, etc. ;
 - en accompagnant les personnes dans leur participation aux actions de sensibilisation telles que la semaine d’information en santé mentale (SISM), la journée internationale des personnes handicapées, la journée mondiale de la santé mentale, la journée mondiale des troubles bipolaires, la journée de la schizophrénie, etc.

ILLUSTRATIONS

Un foyer de vie a mis en place un partenariat avec le lycée agricole du village, diverses actions pour changer le regard des jeunes sur le handicap psychique : olympiades, lipdub (micro clip) en commun avec les élèves, intervention des professionnels dans les classes, etc.

Des personnes accompagnées par un SAVS interviennent auprès de collégiens et lycéens dans le but de mener des actions de déstigmatisation et de sensibilisation. Ces actions ont aussi pour effet d’améliorer l’estime de soi des personnes qui sont chargées de ce travail.

Le partenariat

- ▮ Identifier les actions/acteurs de déstigmatisation sur le territoire local et national en se rapprochant des associations spécialisées dans le domaine du handicap psychique, associations d’usagers, de la santé mentale.

³³ « (...) La bibliothèque vivante fonctionne de la même façon qu’une bibliothèque traditionnelle où des lecteurs viennent emprunter des livres, à la différence que les livres sont des êtres humains. Les individus participant à cette activité sont invités à échanger sur les stéréotypes et préjugés. La bibliothèque vivante vise ainsi à créer des dialogues constructifs, des interactions entre deux personnes, des rencontres entre des groupes (...) ». « La Bibliothèque Vivante », Master politique des Bibliothèques et de la documentation, DUMAINE Mathilde, Université de Lyon.

³⁴ Le Psytrialogue est un espace d’échange réunissant des personnes concernées par les troubles psychiques, des proches, des bénévoles, des professionnels et étudiants de la santé et du social. Chacun peut y partager son expérience et la rendre fertile en s’enrichissant de celle des autres.

ILLUSTRATION D'UN RÉSEAU D'ASSOCIATION

Un réseau d'associations visant à favoriser « l'accueil, le soutien, la réalisation et le développement des projets personnels des personnes en situation de handicap psychique » a construit une action de sensibilisation au handicap psychique. Celle-ci consiste en une campagne d'information grand public pluriannuelle, une campagne d'affichage, la réalisation d'un site internet et d'une lettre d'information destinée aux membres du réseau.

- ↳ Identifier le délégué du défenseur des droits sur le territoire et la personne qualifiée.

4 LES POINTS DE VIGILANCE DE L'ORGANISATION DES ESSMS ACCUEILLANT DES PUBLICS DIVERSIFIÉS

Les recommandations s'adressent à l'ensemble des ESSMS, qu'ils soient spécialisés dans l'accueil de personnes handicapées psychiques ou qu'ils accueillent un public diversifié.

Les ESSMS qui accueillent des publics diversifiés sont confrontés à un double défi : être en mesure de répondre de façon suffisamment spécialisée aux besoins des personnes handicapées psychiques et garantir la possibilité de l'entraide entre pairs.

Toutes cohabitations entre groupes de personnes ayant des besoins différents supposent une réflexion sur les modalités d'organisation spécifique (en terme d'aménagement des espaces, d'activités, d'ateliers, etc.) ainsi que sur les compétences requises.

Les recommandations ci-après ont pour objectif de donner des repères à ces professionnels même si elles n'abordent pas l'ensemble des problématiques liées à la mixité des publics.

Effets attendus

- La personne accueillie dans un ESSMS, spécialisé ou non, bénéficie d'une même qualité d'accompagnement.
- La personne est informée des services spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques sur le territoire.

RECOMMANDATIONS

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↳ Anticiper l'évolution des besoins des publics accueillis au sein de d'ESSMS, et notamment les besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques. Travailler en coordination avec la MDPH et les autorités de contrôle et de tarification pour anticiper l'évolution des besoins. Prendre connaissance du projet territorial de santé.
- ↳ Faire évoluer le projet d'établissement ou de service pour prendre en compte les besoins spécifiques en accompagnement des personnes handicapées psychiques.
- ↳ Solliciter des compétences spécialisées sur le handicap psychique pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées psychiques :
 - associations d'usagers, adhérents de groupes d'entraide mutuelle ;
 - centre ressources handicap psychique ;
 - référent handicap psychique de la MDPH ;
 - ESSMS spécialisés sur le handicap psychique ;
 - associations de familles.

- ↘ Intégrer, dans le projet de l'ESSMS, un volet sur les spécificités de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, qui précise notamment :
 - les pratiques d'accompagnement spécifiques au handicap psychique ;
 - les formations et les compétences requises, ainsi que les métiers nécessaires (notamment en terme de professionnels soignants, psychologue, conseiller en insertion dans l'emploi, etc.) ;
 - la coordination avec les associations et établissements spécialisés sur le handicap psychique ;
 - le partenariat avec la psychiatrie ;
 - etc.
- ↘ Si besoin, organiser des échanges sur les différences. Associer systématiquement des personnes handicapées psychiques pour intervenir en qualité d'intervenant et de participants.
- ↘ Garantir l'entraide entre pairs en menant une réflexion sur l'effectif approprié de personnes handicapées psychiques à accueillir au sein de l'ESSMS mais aussi, selon les cas, au sein d'unités/sous-unités de l'ESSMS, dont la taille doit également être dimensionnée pour optimiser l'accompagnement et la qualité de vie des personnes.
- ↘ Garantir des activités/ateliers/espaces adaptés aux besoins des personnes handicapées psychiques en menant une réflexion sur l'effectif approprié de personnes handicapées psychiques à accueillir au sein de l'ESSMS.
- ↘ Garantir la formation des professionnels qui interviennent régulièrement auprès des personnes handicapées psychiques et les soutenir dans leurs pratiques, notamment :
 - en sollicitant des professionnels exerçant dans des établissements spécialisés pour les personnes handicapées psychiques ainsi que les secteurs de psychiatrie ;
 - en sollicitant des adhérents de groupe d'entraide mutuelle, les associations d'aidants et de familles et les médiateurs de santé-pairs ;
 - en participant aux colloques/journées d'études sur ce thème.

ILLUSTRATION - PAROLE D'UNE PERSONNE ACCOMPAGNÉE

« Dans un établissement où différents publics sont accueillis, il faudrait former des éducateurs aux spécificités du handicap psychique et que celui-ci s'occupe de nous. Il faut avoir conscience de l'importance du suivi médical (rendez-vous psychiatre, traitements...) et de l'aspect fluctuant de la maladie. »

- ↘ Organiser un dispositif de veille de l'information sur les services disponibles sur le territoire en termes d'accompagnement des personnes handicapées psychiques.
- ↘ Évaluer la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes handicapées psychiques en recueillant la satisfaction des personnes handicapées psychiques accueillies.

Le partenariat

- ↘ Construire des partenariats avec les acteurs spécialisés sur le handicap psychique : associations d'usagers, centre ressources handicap psychique, ESSMS spécialisés sur le territoire, groupes d'entraides mutuelles, etc.

RECONNAÎTRE LES CAPACITÉS D'AUTO-DÉTERMINATION DES PERSONNES

- Lors de l'admission, informer la personne des prestations proposées par l'ESSMS en lui transmettant le livret d'accueil.
- Proposer des essais/visites à la personne pour lui permettre de connaître le fonctionnement de l'établissement et rencontrer les autres personnes accompagnées.
- Informer la personne, de manière claire et concise, des modalités de mise en œuvre de son droit à la participation individuelle lors de la remise de la charte des droits et libertés, du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour.
- Envisager l'accueil par un pair lors de la phase d'admission.
- Lorsque l'établissement accueille des publics diversifiés, expliquer à la personne les spécificités du/des handicap(s) des autres personnes accueillies.
- Recueillir les attentes et besoins de la personne concernant son accompagnement et les confronter avec les interventions proposées par l'ESSMS.
- Identifier les potentialités et les savoirs faire (par exemple ceux issus de l'expérience) de la personne.
- Définir l'admission comme un choix possible et informer des alternatives.
- Construire/réajuster/faire évoluer son projet d'accompagnement à partir du projet de vie/des demandes et des potentialités de la personne.
- Reconnaître et tenir compte de toutes les demandes (y compris celles pouvant apparaître éloignées de la réalité) et de la moindre motivation pour co-construire avec la personne son projet. Le décliner en objectifs concrets et réalisables.
- Rechercher les causes (personnelles et/ou environnementales) de l'absence d'attentes/de motivation en croisant les regards.
- Co-construire des solutions adaptées au manque d'expression de motivation de la personne.
- Reconnaître, encourager, soutenir et développer les potentialités et le niveau d'estime de soi de la personne.
- Faire découvrir/développer des compétences qu'elle ne soupçonnait pas.
- Adapter les interventions proposées en tenant compte de ses capacités communicationnelles et de leurs fluctuations, de son niveau d'estime de soi/confiance en soi et de ses capacités.
- Être à l'initiative d'une réflexion collective sur la considération de la personne, c'est-à-dire la valorisation des potentialités/capacités, des droits individuels, et des identités personnelles et sociales.
- Être attentif à ce que le vocabulaire utilisé dans les échanges interprofessionnels et les écrits professionnels soient valorisants pour les personnes.
- Assurer la formation et/ou la sensibilisation des professionnels aux notions de « pouvoir d'agir » (*empowerment*), d'approche centrée sur les capacités/potentialités et de droits individuels (droit à l'information, au choix, etc.). S'assurer que ces formations intègrent des formateurs-usagers.
- Se doter et/ou construire des outils permettant de développer/renforcer la confiance en soi.
- Mettre en place des espaces d'analyse des pratiques.





- Mettre en place une animation d'équipe valorisant la prise d'initiative des professionnels.
- Introduire un volet sur l'entraide entre pairs dans le projet d'établissement ou de service.

RECONNAÎTRE ET RENFORCER LE RÔLE DE CITOYEN DES PERSONNES

- Lors de l'admission, présenter les représentants du Conseil de la vie sociale (CVS) et les modalités de fonctionnement de toutes les formes de participation collective au sein de l'ESSMS.
- Lors de l'admission, proposer une rencontre avec une association d'usager ou un adhérent d'un groupe d'entraide mutuelle.
- Garantir la participation des personnes à l'élaboration du livret d'accueil, à la réactualisation du règlement de fonctionnement, au projet d'établissement ou de service et à la démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Mettre en place des instances de participation collective complémentaires à celles qui constituent une obligation réglementaire.
- Envisager, en lien avec l'organisme gestionnaire, d'intégrer des usagers au sein du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire.
- Soutenir les initiatives des personnes dans la mise en œuvre d'actions collectives au sein de l'ESSMS ou à l'extérieur.
- Adapter les modalités de fonctionnement du CVS aux spécificités du handicap psychique.
- Assurer la formation des personnes accompagnées qui siègent au sein du CVS.
- Se rendre disponible, dans la mesure du possible, pour répondre aux organismes de formation qui sollicitent l'intervention de personnes accompagnées.
- Accompagner, autant que possible, les personnes qui souhaitent intervenir dans des formations/colloques, dans la construction d'outils et de supports de formation.
- Travailler en partenariat avec les associations d'usagers et les groupes d'entraide mutuelle.
- Identifier les instances de participation démocratique accessibles des communes où résident les personnes.

PARTICIPER AU CHANGEMENT DE REGARD SUR LES PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES

- Se rendre disponible pour échanger avec la personne lorsqu'elle évoque des situations de stigmatisation/rejet et de discrimination en raison de son handicap/sa maladie.
- Évaluer la nécessité de l'accompagner dans ses démarches pour faire valoir ses droits.
- Soutenir/élaborer/participer à des actions/réflexions collectives visant à renforcer les capacités d'agir des personnes et à lutter contre la stigmatisation/discrimination.
- Identifier, avec les personnes accueillies, les facteurs institutionnels perçus comme stigmatisants.
- Identifier les actions de déstigmatisation sur le territoire local et national en se rapprochant des associations spécialisées dans le handicap psychique ou les associations d'usagers.
- Identifier le délégué du défenseur des droits sur le territoire.





LES POINTS DE VIGILANCE DE L'ORGANISATION DES ESSMS ACCUEILLANT DES PUBLICS DIVERSIFIÉS

- Anticiper l'évolution des besoins des publics accueillis au sein de d'ESSMS, et notamment les besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques.
- Mobiliser l'organisme gestionnaire pour faire évoluer le projet d'établissement ou de service sur la prise en compte des besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques.
- Solliciter, sur le territoire, des compétences spécialisées sur le handicap psychique.
- Intégrer, dans le projet de l'ESSMS, un volet sur les spécificités de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques.
- Si besoin, organiser entre personnes accueillies des échanges sur les différences.
- Garantir l'entraide entre pairs en menant une réflexion sur l'effectif approprié de personnes handicapées psychiques à accueillir au sein de l'ESSMS.
- Garantir des activités/ateliers adaptés aux besoins des personnes handicapées psychiques en menant une réflexion sur l'effectif approprié de personnes handicapées psychiques à accueillir au sein de l'ESSMS.
- Garantir la formation des professionnels qui interviennent régulièrement auprès des personnes handicapées psychiques et les soutenir dans leurs pratiques.
- Construire des partenariats avec les acteurs spécialisés sur le handicap psychique sur le territoire.

EXEMPLES DE CRITÈRES DE SUIVI SUR LA PLACE DE LA PERSONNE

- Le projet personnalisé prévoit un espace dédié à l'expression de la parole de la personne.
- Effectivité de la participation collective des usagers au fonctionnement de l'ESSMS. Par exemple :
 - diversité des modes de participation collective des usagers ;
 - nombre d'évolutions du projet de l'établissement ou de service (exemple, réactualisation du livret d'accueil, aménagement des locaux, etc.) ayant été co-construites avec les personnes accueillies.

À lire absolument :

LA PLACE DE LA PERSONNE : ACTRICE ET CITOYENNE

LA VIE RELATIONNELLE, AFFECTIVE ET FAMILIALE

Les personnes handicapées psychiques peuvent rencontrer des limitations dans leur vie relationnelle, affective et familiale. Elles peuvent se trouver en situation d'isolement, rencontrer des difficultés pour préserver leurs liens familiaux et affectifs, avoir des difficultés à se protéger d'autrui en raison de leur vulnérabilité, etc. Ces limitations sont produites par les interactions entre les troubles des personnes et les obstacles qu'elles rencontrent dans leur environnement. En effet, les troubles de la personne (troubles du comportement, de l'humeur, de la vie émotionnelle et affective, angoisses, phobies, etc.) peuvent produire des difficultés plus ou moins prononcées dans les interactions sociales (inhibition, peur d'aller vers les autres, comportements inadaptés, etc.). Les obstacles environnementaux sont constitués par l'incompréhension, les difficultés, le rejet ou la stigmatisation de l'environnement relationnel de la personne (famille, voisins, amis, collègues, etc.). Pour ces raisons, l'accompagnement dans la vie relationnelle est essentiel. Il se construit aussi bien auprès de la personne que de son environnement.

1 LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT RELATIONNEL, SOUTENIR ET DÉVELOPPER LES HABILITÉS SOCIALES

Les personnes handicapées psychiques sont souvent dans une situation d'isolement social³⁵ important ou peuvent développer des relations qui ne sont pas satisfaisantes. Cet isolement est lié à une double entrave : la fragilité/vulnérabilité de la personne face à un environnement social inadapté.

La question spécifique des relations familiales est abordée dans la partie suivante.

ILLUSTRATIONS - PAROLES DE PERSONNES ACCOMPAGNÉES

« (...) La solitude me pèse. Je suis inscrite à une agence matrimoniale. J'ai très peu d'amis. Je n'ai plus d'activités au centre médico-psychologique. Je veux faire des études. L'infirmière me dit que c'est du remplissage. Je voudrais entrer dans un groupe pour que je ne sois plus sur internet pendant des heures. Jusqu'à deux heures du matin... comme la nuit dernière. L'association [gérant l'ESSMS] me fait sortir de chez moi, m'habiller, prendre le bus. J'ai un objectif (...) »

« (...) Je suis bipolaire (...) je m'aperçois que je n'ai pas d'amis qui me comprennent. C'est l'isolement que je veux combattre (...) »

« (...) Je suis désespérément seul. J'ai besoin qu'on me prenne dans les bras. Parmi les usagers, je suis sûre de rencontrer des personnes que j'apprécie. Mais il faut toujours garder la distance de crainte d'être envahie. Il faut aussi éviter d'envahir l'autre. Quand j'ai des rendez-vous, je passe à l'association. Sinon, je serais tout le temps chez moi, à dormir, manger. C'est mon seul « lien social ». Que pourrait-on faire pour que la société nous comprenne? (...) »

Effets attendus

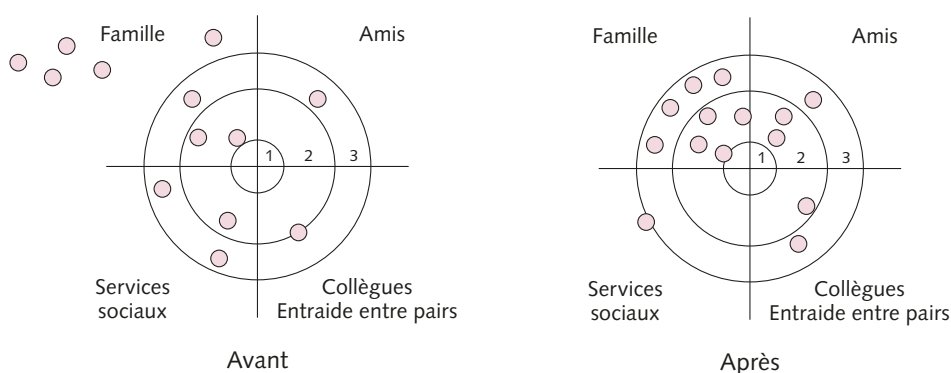
- La personne développe les relations sociales qu'elle souhaite.
- Elle a la possibilité de rompre l'isolement lorsqu'il n'est pas choisi.
- Elle développe, si elle le souhaite, son réseau social.
- L'ESSMS est perçu comme un espace de convivialité. La rencontre avec les professionnels et avec d'autres personnes au sein de l'ESSMS est favorisée.

³⁵ Définition de l'isolement relationnel selon l'étude de la fondation de France sur l'isolement. « Sont considérées comme étant en situation d'isolement relationnel les personnes qui n'ont pas ou peu pas de relations sociales au sein des 5 réseaux sociaux suivants : réseau familial, professionnel, amical, affinitaire et territorial (voisinage, commerçant, etc.) ». Les solitudes en France, juillet 2014, Fondation de France, l'observatoire, juillet 2014.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↳ Repérer les situations d'isolement et les situations relationnelles néfastes en recueillant, auprès de la personne sa perception de sa vie relationnelle :
 - avec ses voisins, ses amis, ses collègues de travail (le cas échéant) ;
 - avec les autres personnes accueillies au sein de l'ESSMS, notamment lorsque celui-ci accueille des personnes avec un autre handicap ;
 - avec les professionnels de l'ESSMS et les autres acteurs de l'accompagnement et des soins.
- ↳ Évaluer et analyser avec la personne les causes de ses difficultés. Si nécessaire et sous réserve de l'accord de la personne, solliciter les autres partenaires de l'accompagnement (soignants notamment).
- ↳ S'appuyer sur des outils de repérage/d'évaluation/d'analyse (qui peuvent être des outils d'auto-évaluation) sur la question de la vie relationnelle :
 - sur le réseau social : cible de Sluzki (voir l'illustration ci-dessous)
 - sur les habiletés sociales : l'Assessment of communication and interaction skills (ACIS), la SAS II ou Échelle d'adaptation sociale (EAS), Échelles des provisions sociales (EPS)³⁶.



La cible de Sluzki³⁷ permet d'analyser le réseau social : cet instrument donne la possibilité de photographier à un instant T de sa vie le réseau social d'une personne. Il se divise en quatre cadrans et trois cercles concentriques (représentés par 1,2,3 sur la cible). Les points sont les équivalents des personnes. La personne étudiée est au centre de la cible. Plus elle se sentira soutenue, ou proche des personnes, plus les points se situeront dans les cercles un ou deux. Les cadrans « famille, amis et collègues et pairs » représentent le réseau primaire. Le réseau secondaire, celui des professionnels est indiqué par « les services sociaux ».

POINT DE VIGILANCE

Les échelles de mesure doivent être utilisées par des professionnels formés et maîtrisant ces outils (en interne ou en externe) afin que les interprétations ne soient pas erronées.

³⁶ P. 44, Cnsa-Cedias de 2007, *Handicap d'origine psychique et évaluation des situations*. BARREYRE J-Y, MAKDESSI Y., 87 p.

³⁷ Sluzki C.E., « Migration and the disruption of social networks », in Mc Goldrick M. ed, *Re-Visioning Family Therapy: Race, Culture and Gender in Clinical Practice*, New York, Guilford Press, 1998.

L'accompagnement de la personne

- ↳ Co-construire avec la personne l'accompagnement nécessaire pour maintenir, développer ou améliorer ses relations sociales.

La phase de sortie de la personne

- ↳ Lors du départ de la personne de l'ESSMS, co-construire l'accompagnement nécessaire pour favoriser la continuité ou le maintien de ses relations sociales, par exemple les liens qu'elles auraient pu construire avec des pairs, le voisinage, etc.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↳ Soutenir le « vivre ensemble », les rencontres et les échanges entre personnes accueillies. Par exemple :
 - en soutenant les initiatives d'activités entre pairs (notamment celles qui ne reposent pas ou pas seulement, sur la médiation d'un professionnel) ;
 - en mettant à disposition des personnes des lieux où ils peuvent se retrouver (tout en identifiant les éventuels besoins en accompagnement professionnel au sein de cet espace) ;
 - en provoquant les rencontres entre personnes ayant des centres d'intérêt communs.

ILLUSTRATIONS - PAROLES DE RÉSIDENTS

« Les temps des rencontres collectives à la résidence peuvent être un bon support pour sortir ou se faire sortir de l'isolement, les GEM et tous autres lieux sont aussi bons mais là encore on se retrouve toujours entre nous, le sujet de la maladie est donc très souvent présent. En même temps, quand nos maladies ne sont parlées qu'entre nous cela permet de se comprendre sans jugement ou regards d'un accompagnant ou d'un éducateur. »

« L'entraide entre les résidents nous permet de passer des moments agréables, cela nous apporte de la joie, de la gaieté, tout en étant loin de notre famille ».

« (...) Tous les vendredis, je venais déjeuner dans le jardin de l'association. Maintenant, on vient de temps en temps. J'apprécie de venir, pour poser mes valises. Jouer au ping-pong, au tarot : on trouve facilement des joueurs (...) C'est important ces lieux-là. Parce qu'on est isolé, sinon on ne saurait plus quoi faire. On a moins besoin de l'association maintenant. On a évolué par rapport au début. On était plus renfermé. C'est bon signe (...) »

- ↳ Organiser des rencontres et des échanges avec des personnes qui ne sont pas en situation de handicap.

ILLUSTRATION - PRATIQUES D'UN ESSMS

Un foyer de vie organise une fête de quartier tous les ans pour créer du lien avec les voisins et limiter leurs inquiétudes. Une personne concernée explique : « Nous avons beaucoup de plaisir à recevoir nos voisins, on communique avec eux, cela crée du lien, lorsque nous nous promenons dans la rue, ils nous reconnaissent, nous appellent par notre prénom ».

- ↳ Organiser des groupes de vie et/ou des activités qui tiennent compte des dynamiques de groupe (c'est-à-dire qui favorisent l'entraide, la participation de tous, etc.) et des affinités relationnelles. Associer les usagers à la réflexion.

- ↘ Associer étroitement le CVS et les autres modes de participation à la réflexion sur la vie relationnelle et plus particulièrement :
 - les pratiques d'entraide entre pairs ;
 - la cohabitation entre les personnes, notamment lorsque l'ESSMS accueille des publics diversifiés ;
 - la connaissance de l'autre et la compréhension du handicap de chacun (notamment pour comprendre les réactions et comportements) ;
 - le vivre ensemble et le respect des différences.
- ↘ Évaluer les pratiques relatives à l'accompagnement dans la vie relationnelle, en se dotant de critères de suivi, comme par exemple, l'évolution des situations d'isolement relationnel des personnes.

Le partenariat

- ↘ Identifier les acteurs de la vie sociale du territoire :
 - généralistes : maison de quartier, centre socioculturel, centre d'animation, groupe d'entraide, clubs et associations de loisirs, etc. ;
 - spécialisés : groupes d'entraide mutuelle, associations d'usagers, autres ESSMS accueillant des personnes handicapées psychiques, etc.
- ↘ Travailler en partenariat avec ces acteurs : se présenter auprès de ces structures, construire des projets communs, sensibiliser aux conséquences sociales des troubles psychiques, etc.

LES GROUPES D'ENTRAIDE MUTUELLE

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des organisations qui ont pour objet premier, la création d'un lien social et de lutter contre l'isolement ; ainsi, ces groupes sont des lieux de rencontres, d'échanges et de soutien entre les adhérents. Ils sont régis par les articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)³⁸. Les groupes d'entraide mutuelle sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie sociale introduits par la loi « handicap » du 11 février 2005. Ces groupes sont organisés sous forme associative de type loi 1901. Ils ne constituent pas des structures médico-sociales au sens de l'article L. 312-1 du même code. En 2012, il existait 333 groupes d'entraide mutuelle pour personnes ayant des troubles psychiques sur le territoire national. Leur fonctionnement est hétérogène³⁹.

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR L'ISOLEMENT SOCIAL

- « Mettre en place les conditions qui facilitent les échanges entre personnes accueillies ». In : Qualité de vie en MAS-FAM (Volet 2). Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs (Anesm, 2013) pp. 36-39
- « Aider les personnes isolées à se créer un réseau social ». In : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. (Anesm, 2008) pp. 28-29

³⁸ Et par l'arrêté du 13 juillet 2011 pris pour l'application de l'article L. 14-10-5 du Code de l'action sociale et des familles et fixant le cahier des charges des GEM mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code et par l'instruction DGCS/SD3/CNSA n° 2011-301 du 26 juillet 2011 relative à l'application du cahier des charges des GEM fixé par l'arrêté du 13 juillet 2011 prévu à l'article L. 14-10-5 du Code de l'action sociale et des familles et au pilotage de ce dispositif par les agences régionales de santé.

³⁹ *Bilan d'activités des groupes d'entraide mutuelle année 2012*, mai 2014, CNSA, 15 p. Un nouveau cahier des charges des GEM a été élaboré en 2015, il fera l'objet d'un arrêté publié au cours du premier semestre 2016.

2 METTRE EN PLACE L'ACCOMPAGNEMENT NÉCESSAIRE AUTOUR DE LA VIE FAMILIALE ET AFFECTIVE

Certaines personnes handicapées psychiques peuvent éprouver des difficultés dans leur vie familiale (avec leurs parents, leurs frères ou sœurs, les membres de leur famille élargie, leur conjoint, leurs enfants, etc.) Pour ces raisons, un accompagnement peut être nécessaire, auprès de la personne et/ou de sa famille.

ILLUSTRATIONS - PAROLES DE PERSONNES ACCOMPAGNÉES

« (...) Le changement de personnalité chamboule les parents. Eux aussi ont besoin d'être épaulés. Les personnes de notre entourage réagissent souvent mal car ils ne connaissent pas la maladie (...) ».

« (...) C'est plus dur à admettre des parents, il y a le caractère « idéalisé de l'enfant ». On se dit que l'enfant ne suit pas le droit chemin. (...) »

« (...) Le maintien des liens avec la famille et/ou avec des personnes non malades est souvent difficile dans la maladie psychique car avant de nous voir tels que nous sommes à l'intérieur on nous voit tout de suite comme malade donc pas capable et donc la relation d'égal à égal est floutée, s'instaure alors plutôt une relation de dominant et de dominé (...) »

Effets attendus

- Les personnes sont soutenues pour maintenir et restaurer (lorsqu'elles le souhaitent) leurs relations familiales.
- Les proches (conjoint, parents, enfants, etc.) sont soutenus, écoutés, informés, voire formés.
- La personne est consciente du questionnement que peut produire sa maladie sur son entourage.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↘ Être à l'écoute de la personne et l'aider à s'exprimer pour repérer ses éventuelles difficultés dans sa vie familiale (avec ses parents, son conjoint, ses enfants, etc.), et notamment, celles :
 - liées à ses troubles : difficultés pour communiquer sur ses symptômes, pour trouver la juste distance, pour gérer les situations de tensions/conflits, se protéger, etc. ;
 - liées à son environnement familial : incompréhension, rejet, etc.

L'accompagnement de la personne

- ↘ Co-construire avec la personne l'accompagnement visant à la soutenir dans ses relations avec sa famille, y compris dans ses souhaits de ne pas entretenir de relations avec certains membres de sa famille.
- ↘ Si nécessaire, proposer une médiation en interne ou avec les professionnels ressources dans le domaine de la famille (médecin traitant, psychologue, service de médiation familiale), de la conjugalité (conseiller conjugal par exemple), de la parentalité (service de soutien à la parentalité, protection maternelle et infantile).
- ↘ Prendre en compte les préoccupations de la personne autour des questions relatives à la sexualité, la contraception, le désir d'enfant, la grossesse en accompagnant vers une personne ressource externe identifiée par la personne : médecin traitant, psychiatre, gynécologue, planning familial, protection maternelle et infantile, etc. Avec l'accord de la personne et autant que nécessaire, intervenir en coordination avec ces professionnels.

ILLUSTRATION

Un Samsah a accueilli au sein du service une femme enceinte. Les professionnels du service ont co-construit, avec la personne et les partenaires, l'accompagnement nécessaire. Les professionnels du Samsah ont été très présents pendant la grossesse et après l'accouchement (mise en lien avec la PMI, mise en place de l'intervention d'une TISF (technicien d'intervention sociale et familiale), mise en place de la crèche avec l'accord des parents, constitution d'un dossier PCH-prestation de compensation du handicap, etc.). Un soutien au domicile a été renforcé avec les interventions de chaque professionnel.

- ↘ Lorsqu'une mesure d'accompagnement judiciaire (Accompagnement éducatif en milieu ouvert (Aemo), placement, etc.) a été sollicitée par le juge des enfants, accompagner si nécessaire la personne :
 - pour l'exercice des droits de visite ou de garde (organisation du transport, aménagement du logement, etc.);
 - dans ses relations avec les services de la protection de l'enfance et de la justice (juge des enfants, juge aux affaires familiales, etc.).
- ↘ Réévaluer régulièrement les besoins en accompagnement de la personne dans le domaine vie familiale, notamment lors d'événements susceptibles de les modifier.
- ↘ Évaluer l'accompagnement proposé, *a minima*, chaque année lors de la réévaluation du projet personnalisé.

Le soutien des proches

- ↘ Répondre aux besoins de soutien des aidants de proximité et des familles :
 - en informant la personne accompagnée de la sollicitation ;
 - en se rendant disponible pour répondre à leurs questions dans le respect de la confidentialité des informations ;
 - en orientant les parents/conjoints vers des associations de famille et des formations dédiées ;
 - en orientant les enfants vers des structures dédiées (psychologue scolaire, maison des adolescents, etc.) et en facilitant ces liens ;
 - etc.

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LE SOUTIEN DES AIDANTS FAMILIAUX

- Le soutien des aidants non professionnels. Des recommandations à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants des personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile (Anesm, 2014)

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Intégrer dans le projet de l'ESSMS la notion d'accompagnement à la vie familiale (dont la vie affective et sexuelle, la parentalité, la relation avec les proches, etc.).
- ↘ Définir le rôle des différents professionnels et notamment du psychologue, dans l'accompagnement à la vie familiale et le soutien/formation des aidants.
- ↘ Intégrer, dans le règlement de fonctionnement les dispositions garantissant le respect de la vie privée, et pour les établissements, les dispositions nécessaires à l'exercice de la vie familiale, relationnelle, affective et sexuelle (consentement réciproque, respect de la pudeur et de l'intimité, etc.).
- ↘ Associer les familles à la réflexion sur les pratiques professionnelles concernant la vie familiale dans le cadre de réunion *ad hoc*, du CVS, etc.

- ▾ S'assurer que la procédure de signalement et de traitement des situations de maltraitance intègre la question des violences intrafamiliales (et en particulier pour l'enfant).

Le partenariat

- ▾ Identifier les acteurs concernés par la vie familiale sur le territoire, et plus spécifiquement :
 - les services de la protection de l'enfance (dont la protection maternelle et infantile), les services de soutien à la parentalité ;
 - les associations de familles, de frères et sœurs, etc. ;
 - les services de conseil conjugaux, les psychologues, etc. ;
 - le planning familial, les sexologues ;
 - les services de protection juridique ;
 - les services de soins ;
 - l'Instance régionale d'éducation et de promotion à la santé (Ireps) ;
 - etc.

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LA VIE FAMILIALE ET AFFECTIVE

- P. 42 à 46 « Faciliter les relations que les personnes accueillies souhaitent avoir avec leurs proches », Qualité de vie en MAS-FAM (Volet 2). Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs (Anesm, 2013)
- P. 28-29 « Travailler avec l'entourage et respecter les relations de l'utilisateur avec ses proches. » La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre (Anesm, 2008)

3 AIDER LES PERSONNES VULNÉRABLES À SE PROTÉGER ET À FAIRE RESPECTER LEURS DROITS

Les personnes handicapées psychiques sont plus vulnérables que la population générale. Selon le rapport de la commission « Violence et santé mentale⁴⁰ », la prévalence des crimes violents et des vols envers les patients en psychiatrie est plus importante par rapport à l'ensemble de la population. Or, les personnes peuvent avoir des difficultés pour se protéger et pour accéder à la justice. Elles ne souhaitent pas toujours porter plainte, et leur parole, du fait du handicap n'est pas toujours reconnue. A contrario, certaines personnes peuvent réaliser des dénonciations abusives. Il existe donc deux écueils : une minimisation des actes délictueux ou la mise en cause de personnes innocentes. Pour ces raisons, il peut y avoir besoin d'une médiation professionnelle.

Effets attendus

- Les personnes sont accompagnées pour défendre leurs droits. Elles sont accompagnées, si nécessaire, dans leur démarche auprès de la justice.
- Les professionnels ne se substituent pas à la justice dans l'identification des faits.
- Les éventuels traumatismes psychologiques sont repérés.
- Les personnes sont accompagnées vers des professionnels de santé spécialisés en victimologie/traumatologie.

⁴⁰ P. 24 LOVELL A., Commission *Violence et santé mentale*, travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. 80 p., mars 2005.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↳ Repérer les situations de vulnérabilité (financière, physique, psychologique, thérapeutique, etc.) en échangeant avec la personne et avec son entourage (avec son accord).

POINT DE VIGILANCE

Il peut exister des risques de dérives sectaires⁴¹ dans le domaine des interventions thérapeutiques non conventionnelles. Ce risque n'est bien évidemment pas à généraliser. Ainsi, les professionnels doivent en informer les personnes et construire un accompagnement adapté pour celles qui seraient sous l'emprise d'une secte.

L'accompagnement de la personne

- ↳ Repérer les signes évocateurs d'une situation de violence et être à l'écoute de toutes les situations de violence évoquées par la personne.
- ↳ Analyser/évaluer les situations de violence dont la personne fait état aux professionnels (dont les agressions sexuelles ou les viols) :
 - en équipe pluridisciplinaire et avec l'encadrement ;
 - avec les partenaires de l'accompagnement (sous réserve de l'accord de la personne) ;
 - en tenant compte des capacités de la personne, du degré d'urgence, de l'existence ou non d'une mesure de protection juridique, etc.
- ↳ Co-construire avec la personne des réponses pour l'aider à assurer sa protection. Celle-ci peut se faire en coordination avec les professionnels du soin et la personne exerçant la mesure de protection (le cas échéant).
- ↳ Évaluer la nécessité d'accompagner la personne dans ses démarches :
 - pour bénéficier d'une mesure de protection juridique ;
 - auprès de la police et de la justice.
- ↳ En cas de refus ou d'impossibilité de la personne présumée victime d'un crime ou d'une situation de maltraitance, de porter plainte :
 - informer, le cas échéant, le mandataire judiciaire chargé de la mesure de protection (tutelle ou curatelle) ;
 - informer la personne concernée de l'obligation faite au professionnel de signaler certaines infractions au procureur ou aux autorités administratives et rechercher le consentement de la personne ;
 - réaliser, à chaque fois que la loi l'impose un signalement auprès du procureur de la république ou des autorités administratives.

⁴¹ Documents disponibles sur le site internet de la Miviludes-mission interministérielle de lutte contre les dérives sectaires. Miviludes (mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) : « les dérives thérapeutiques sectaires ».

REPÈRES JURIDIQUES - LES OBLIGATIONS DE SIGNALEMENT

Selon les dispositions de l'article 434-1 du Code pénal, le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sont exceptées des dispositions qui précèdent, sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de quinze ans :

- 1° Les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et sœurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ;
- 2° Le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.

Par ailleurs, selon l'article 434-3 du Code pénal, le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sont exceptées de ces obligations de signalement les personnes astreintes au secret professionnel, qui disposent donc d'une « option de conscience » leur permettant de faire le choix entre signaler ou ne pas signaler les faits évoqués aux articles 434-1 et 434-3 du Code Pénal.

- ↳ Inviter la personne à échanger avec un professionnel de la santé ou un psychologue afin de prendre en compte les éventuelles conséquences traumatiques liées à un acte violent subi. L'orienter vers des consultations spécialisées dans l'accompagnement de personnes victimes.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↳ En fonction des besoins repérés, organiser des temps d'échanges entre personnes accueillies autour des droits et de la protection de soi :
 - en utilisant le kit pédagogique « histoires de droits » réalisé par le Psycom⁴² et/ou en sollicitant des personnes ressources sur le sujet (juriste, associations d'usagers, associations de défenses des droits des femmes, des victimes d'escroquerie financières etc.) ;
 - en affichant dans un endroit accessible la déclaration des droits de l'homme et du citoyen, la charte des droits et libertés et tout document pédagogique susceptible de faciliter, pour les personnes, la connaissance et la compréhension de leurs droits ;
 - en affichant dans un lieu accessible les coordonnées de la permanence d'accès aux droits, du commissariat et du procureur, des associations de défense des droits et d'aides aux victimes, etc. ;
- ↳ Élaborer une procédure de signalement et de traitement des situations de maltraitance conforme à la législation en vigueur en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm « Mission du responsable et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » et « Mission du responsable et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile ».

Le partenariat

- ↳ Se faire connaître auprès des services de police, de gendarmerie et de la justice. Participer, avec d'autres acteurs, le cas échéant, à leur sensibilisation au handicap psychique.

⁴² Il s'agit d'un jeu interactif à destination des usagers et des professionnels qui a pour objectif d'aider les professionnels à dialoguer en groupe ou à deux sur les enjeux des droits (les droits fondamentaux, dans la société, et dans les soins), les recours, les démarches, les aides juridiques et les accompagnements. Cet outil propose d'échanger, de partager les points de vue et de croiser les regards et les expériences sur ces questions.

ILLUSTRATION

À l'initiative d'une association de familles, en collaboration avec un psychiatre, et après autorisation du Préfet de Région et du Préfet délégué à la sécurité et à la défense, une intervention-sensibilisation au handicap psychique de 3 heures est donnée chaque année aux 400 élèves policiers de l'École Nationale de Police avec projection d'une cassette-vidéo utilisée dans la formation des officiers de police londoniens "A Meeting of Minds, a positive response to mental disorder" (pour la British Transport Police et le Metropolitan Police Service).

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LA MALTRAITANCE

- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (Anesm, 2008)
- Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (Anesm, 2009)
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (Anesm, 2008)
- Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des publics accueillis en CHRS, chapitre 6 « Prévenir et gérer les situations de violence conjugale » (Anesm, 2014)
- Certificat médical initial concernant une personne victime de violences (HAS, 2011)

4 ACCOMPAGNER LES PERSONNES AUTEURES D'INFRACTIONS PÉNALES DANS LEUR DROIT À LA DÉFENSE

Comme tout un chacun, les personnes handicapées psychiques peuvent commettre des actes délictueux ou criminels. Certains peuvent être liés aux troubles psychiques ou à leurs conséquences. Il peut exister une méconnaissance, de la part des professionnels chargés de la sécurité publique ou de la justice des spécificités du handicap psychique. Par ailleurs, les personnes handicapées psychiques peuvent avoir des difficultés à assurer leur défense lorsqu'elles sont mises en cause.

Effets attendus

- Les personnes sont accompagnées dans leur défense et leur réinsertion, en complémentarité avec les professionnels de la justice.
- Les ruptures d'accompagnement sont anticipées.

RECOMMANDATIONS

L'accompagnement de la personne

- ↳ Prévenir les actes délictueux et criminels :
 - en rappelant si nécessaire les règles de la vie en société et du respect d'autrui ainsi que les sanctions encourues en cas de non-respect de celles-ci ;
 - en assurant la cohérence de l'accompagnement et des soins ainsi que leur continuité et prévenir et accompagner les épisodes de crises⁴³.

⁴³ Chapitre sur « la santé ».

- Aider la personne mise en cause à exercer son droit à la défense en l'accompagnant vers des structures de conseil d'accès au droit.
- Intervenir en coordination avec la personne exerçant la mesure de protection juridique, le cas échéant.
- Soutenir la personne dans la mise en œuvre de la sanction (travail d'intérêt général, libération conditionnelle, surveillance électronique, semi-liberté, etc.) et l'orienter vers les dispositifs de soins et tout dispositif qui pourrait l'aider.
- Assurer la continuité de l'accompagnement (dans la mesure des possibilités de l'ESSMS) lorsque la personne est incarcérée. Articuler l'action de l'ESSMS avec celle des services pénitentiaires.
- Anticiper et préparer la sortie d'incarcération avec la personne, en équipe pluridisciplinaire et avec les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (Spip). Par exemple : accompagner aux démarches administratives, pour rétablir le lien social, pour mettre en œuvre la continuité de soins, pour rechercher un logement/hébergement, pour mettre en œuvre les programmes obligatoires de réinsertion, etc.
- Évaluer l'opportunité d'intervenir en coordination avec les aidants familiaux pour préparer la sortie d'incarcération.

Le partenariat

- Identifier les structures de conseil d'accès aux droits sur le territoire et travailler en partenariat avec ces dernières.
- Articuler les actions des professionnels de l'ESSMS avec celles de la santé, de la justice, des professionnels exerçant les mesures de protection juridique et de la sécurité publique afin d'assurer la défense et la réinsertion des personnes.

L'essentiel

LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT RELATIONNEL, SOUTENIR ET DÉVELOPPER LES HABILITÉS SOCIALES

- Repérer les situations d'isolement social et les situations relationnelles néfastes en étant à l'écoute de la personne concernant la perception de sa vie relationnelle.
- Évaluer et analyser avec elle les causes de ses difficultés. Si nécessaire et sous réserve de l'accord de la personne, solliciter les autres partenaires de l'accompagnement (soignants notamment).
- S'appuyer si nécessaire sur des outils de repérage/d'évaluation/d'analyse spécifiques (qui peuvent être des outils d'auto-évaluation) sur la question de la vie relationnelle/des habiletés sociales.
- Co-construire avec la personne l'accompagnement nécessaire pour maintenir, développer ou améliorer ses relations sociales. Intervenir en coordination avec les autres acteurs de l'accompagnement.
- Soutenir le « vivre ensemble », les rencontres et les échanges entre personnes accueillies.
- Organiser des rencontres et des échanges avec des personnes qui ne sont pas en situation de handicap.
- Organiser des groupes de vie et/ou des activités qui tiennent compte des dynamiques de groupe et des affinités relationnelles.
- Associer étroitement le CVS et les autres modes de participation à la réflexion sur la vie relationnelle comme les pratiques d'entraide entre pairs, la cohabitation entre les personnes, la compréhension du handicap de chacun, le vivre ensemble et le respect des différences.
- Identifier les acteurs de la vie sociale du territoire.
- Travailler, selon les ressources du territoire, en partenariat avec les groupes d'entraide mutuelle, les associations d'usagers, les autres ESSMS accueillant des personnes handicapées psychiques, etc.

METTRE EN PLACE L'ACCOMPAGNEMENT NÉCESSAIRE AUTOUR DE LA VIE FAMILIALE ET AFFECTIVE

- Être à l'écoute de la personne et l'aider à s'exprimer pour repérer avec elle ses éventuelles difficultés dans sa vie familiale.
- Co-construire avec la personne l'accompagnement visant à la soutenir dans ses relations avec sa famille, y compris dans ses souhaits de ne pas entretenir de relations avec certains membres de sa famille.
- Dans ses relations avec les membres de sa famille, proposer, si nécessaire, une médiation en interne ou identifier les ressources externes dans le domaine de la famille (médecin traitant, psychologue, service de médiation familiale), de la conjugalité (conseiller conjugal par exemple), de la parentalité (service de soutien à la parentalité, protection maternelle et infantile).
- Prendre en compte les préoccupations de la personne autour des questions relatives à la sexualité, la contraception, le désir d'enfant, la grossesse en accompagnant vers une ressource externe identifiée par la personne concernée ou l'établissement : médecin, gynécologue, planning familial, protection maternelle et infantile, etc. Avec son accord et autant que nécessaire, intervenir en coordination avec ces professionnels.





- Lorsqu'une mesure d'accompagnement judiciaire a été sollicitée par le juge des enfants, accompagner, si nécessaire, la personne dans ses relations avec la protection de l'enfance.
- Réévaluer régulièrement les besoins en accompagnement de la personne dans le domaine vie familiale, notamment lors d'événements susceptibles de les modifier.
- Évaluer l'accompagnement proposé, *a minima*, chaque année lors de la réévaluation du projet personnalisé.
- Répondre aux besoins de soutien des aidants de proximité et des familles.
- Intégrer, dans le projet de l'ESSMS, les questions relatives à l'accompagnement à la vie familiale (dont la vie affective et sexuelle, la parentalité, la relation avec les proches, etc.).
- Définir le rôle des différents professionnels, et notamment du psychologue, dans l'accompagnement à la vie familiale et le soutien/formation des aidants.
- Construire un protocole en cas de risques de maltraitance intrafamiliale, pour la personne et pour son entourage (en particulier pour l'enfant).
- Associer les familles à la réflexion sur les pratiques professionnelles concernant la vie familiale : dans le cadre de réunion *ad hoc*, du CVS, etc.

AIDER LES PERSONNES VULNÉRABLES À SE PROTÉGER ET À FAIRE RESPECTER LEURS DROITS

- Repérer les situations de vulnérabilité (financière, physique, psychologique, etc.) en échangeant avec la personne et avec son entourage (avec son accord), et plus particulièrement avec la personne chargée de sa mesure de protection et ses proches aidants, le cas échéant.
- Repérer les signes évocateurs d'une situation de violence et être à l'écoute de toutes les situations de violence évoquées par la personne.
- Analyser/évaluer les situations de violence dont la personne fait état aux professionnels (dont les agressions sexuelles ou les viols).
- Co-construire avec la personne des réponses pour l'aider à assurer sa protection en coordination avec les professionnels du soin et avec la personne exerçant la mesure de protection (le cas échéant).
- Accompagner la personne dans ses démarches pour bénéficier d'une mesure de protection juridique et dans ses démarches auprès de la police et de la justice.
- Inviter la personne à échanger avec un professionnel de la santé ou un psychologue afin de prendre en compte les éventuelles conséquences traumatiques liées à un acte violent subi en l'orientant vers des consultations spécialisées.
- Organiser des temps d'échanges entre personnes accueillies autour des droits et de la protection de soi.
- Élaborer une procédure de traitement des situations de maltraitance conforme à la législation.
- Se faire connaître auprès des services de police, de gendarmerie et de la justice. Participer à leur sensibilisation au handicap psychique.





ACCOMPAGNER LES PERSONNES AUTEURES D'INFRACTIONS PÉNALES DANS LEUR DROIT À LA DÉFENSE ET LEUR RÉINSERTION

- Aider la personne mise en cause à exercer son droit à la défense en l'accompagnant vers des structures de conseil d'accès au droit.
- Intervenir en coordination avec la personne/le service exerçant la mesure de protection juridique, le cas échéant.
- Soutenir la personne dans la mise en œuvre de la sanction et l'orienter vers les dispositifs de soins et tout dispositif qui pourrait l'aider.
- Assurer la continuité de l'accompagnement (dans la mesure des possibilités de l'ESSMS) lorsque la personne est incarcérée en articulant l'action de l'ESSMS avec celle des services pénitentiaires.
- Anticiper et préparer la sortie d'incarcération avec la personne, en équipe pluridisciplinaire et avec les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (Spip).
- Associer autant que nécessaire les aidants familiaux à la préparation de la sortie d'incarcération.
- Identifier les structures de conseil d'accès aux droits sur le territoire et travailler en partenariat avec ces dernières.

EXEMPLE DE CRITÈRE DE SUIVI SUR LA VIE RELATIONNELLE, AFFECTIVE ET FAMILIALE

- Nombre de personnes en situation d'isolement relationnel.

À lire absolument :

LA PLACE DE LA PERSONNE : ACTRICE ET CITOYENNE

L'ACCOMPAGNEMENT VERS ET DANS L'HABITAT

L'HABITAT

LA VIE QUOTIDIENNE
ET COURANTE

L'EMPLOI ET
LES ACTIVITÉS

LA SANTÉ

1 FACILITER L'ACCÈS À UN HABITAT (LOGEMENT OU HÉBERGEMENT) ADAPTÉ AU HANDICAP PSYCHIQUE

Certaines personnes handicapées psychiques ne disposent pas d'un habitat⁴⁴ adapté à leurs besoins et à leur choix de vie. Ces besoins et ces choix sont très variés et fluctuants selon les personnes et selon leurs trajectoires.

Il existe, inégalement sur le territoire, toute une palette de solutions : logements individuels avec accompagnement, regroupement de logements individuels avec accompagnement (résidence-accueil par exemple), appartements collectifs, structures sociales ou médico-sociales d'hébergement (foyer d'hébergement, FAM, MAS, CHRS, etc.), familles d'accueil. Elles relèvent d'acteurs multiples des champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux ou du milieu ordinaire.

Certains sont des logements, c'est-à-dire que la personne est titulaire de son bail, d'autres sont des hébergements (par exemple, les foyers de vie, les FAM, etc.), la personne bénéficie alors d'un contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge.

Dans le domaine du logement, un changement de paradigme est en cours. Le nouveau modèle de « logement d'abord » (*housing first*)⁴⁵ est actuellement en cours d'expérimentations dans quatre villes (Lille, Marseille, Toulouse et Paris). Il s'agit de loger des personnes handicapées psychiques en grande précarité et d'apporter un accompagnement social intensif lui permettant de retrouver une stabilité⁴⁶.

Ces pratiques viennent compléter la démarche d'hébergement au sein desquels les personnes doivent apprendre à prendre soin d'elles et à vivre dans un hébergement collectif avant d'avoir accès au logement individuel.

LES INTERVENANTS DU LOGEMENT/HÉBERGEMENT

Le logement à loyers modérés

Le logement HLM est une compétence des municipalités qu'ils délèguent à des opérateurs privés ou publics (les bailleurs) pour construire et gérer le parc locatif.

L'attribution des logements sociaux est décidée au sein de commissions d'attribution au niveau des municipalités qui définissent les critères d'attribution. Au sein des commissions, siègent les élus, les bailleurs, les services sociaux municipaux ou départementaux, etc.

L'intermédiation locative et les aides financières au logement

Des dispositifs financiers existent pour les personnes ne disposant pas de garanties suffisantes pour accéder au logement (en terme de revenus, de cautions, d'assurances, etc.), Fond de solidarité logement (FSL) géré par les conseils généraux, bail associatif, bail glissant, etc.

Certaines associations proposent de l'intermédiation locative, c'est-à-dire qu'elles louent des appartements, qu'elles relouent à des personnes en situation de handicap. Ce système d'intermédiation existe dans le secteur social, du handicap (par exemple, le dispositif « familles gouvernantes » ou celui des appartements associatifs fonctionne sur ce modèle).

Les services d'accompagnement social ou médico-social à l'accès au logement

Dans le secteur social, des dispositifs existent pour aider les personnes à rechercher un logement : les Accompagnement vers et dans le logement (AVDL) pour les personnes reconnues comme prioritaire au titre du Droit au logement opposable (DALO), les mesures d'accompagnement social lié au logement (ASLL), les mesures d'accompagnement personnalisé (MASP), les mesures d'accompagnement social liées au FSL.

⁴⁴ La notion d'habitat englobe le logement individuel et l'hébergement collectif, et toutes les formes d'habitats intermédiaires. Elle intègre également le rapport avec l'environnement et le territoire. *Un habitat dans une société inclusive. Diversification de l'offre de service en matière d'habitat pour une société inclusive.* Rapport Final, APF, avril 2014.

⁴⁵ CHAPUT-LE BARS C., MORANGE A., *Le housing first, l'expérimentation à la française.* Champ social, Le sociographe, pp. 67 à 77, 2014/4, n° 48.

⁴⁶ L'expérimentation est financée sur des crédits Politique de la ville.

L'accompagnement à l'accès dans le logement peut également faire partie des missions des SAVS, des Samsah, des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs, des services sociaux de psychiatrie et des services sociaux du territoire.

L'hébergement et le logement social au titre de l'inclusion sociale

L'accès à l'hébergement (CHRS, maison relais, résidences accueils, etc.) et l'accompagnement vers l'insertion et le logement est coordonné et régulé au niveau des SIAO, plateforme unique départementale.

L'admission en CHRS est prise pour une durée déterminée renouvelable, après évaluation de la situation de la personne ou de la famille, tous les 6 mois. L'accueil en résidence-accueil est sans limitation de durée.

Les FJT sont réservés aux jeunes de 18 à 25 ans. Les Centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) aux demandeurs d'asile.

Les centres maternels sont réservés aux femmes enceintes et/ou avec des enfants de moins de 3 ans.

Dans certains de ces lieux, les personnes sont titulaires d'un bail, dans d'autres, elles sont résidentes et signent un contrat de séjour.

L'intensité de l'accompagnement social diffère en fonction des structures et de leur projet d'établissement.

Certains CHRS et FJT ont construit un projet d'établissement permettant d'accueillir les personnes handicapées psychiques.

Les résidences-accueils sont spécialisées dans l'accompagnement de personnes handicapées psychiques.

L'hébergement et le logement médico-social au titre du handicap

Les demandes d'accès à un foyer spécialisé pour les personnes handicapées (foyer d'hébergement, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisé) sont à formuler auprès de la MDPH.

L'intensité de l'accompagnement médico-social dépend du type de structure et de leur projet d'établissement.

Certaines structures fonctionnent avec une mutualisation des Prestations de compensation du handicap (PCH). Certaines associations gestionnaires d'ESSMS disposent d'appartements associatifs qu'ils utilisent dans le cadre du projet d'accompagnement de la personne.

L'hébergement et le logement sanitaire au titre de la maladie

Certains secteurs de psychiatrie disposent :

- d'appartements associatifs qui associent mise à disposition d'un appartement et projet de soin ;
- de placements familiaux thérapeutiques ;
- de foyers de post cure.

Les admissions se font sur orientation des médecins et des assistants de service social de secteur.

L'hébergement et le logement en lien avec l'avancée en âge

Les foyers logements et les Ehpad sont des lieux d'hébergement spécialisés pour accueillir des personnes âgées.

Effets attendus

- La personne dispose d'un habitat (logement ou hébergement) adapté à ses besoins et qu'elle a choisi. Celui-ci peut constituer une base essentielle pour ensuite coordonner l'accompagnement global visant au rétablissement.
- Elle bénéficie de l'accompagnement à domicile nécessaire.
- Les intervenants de l'habitat sont sensibilisés aux besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques.
- Les professionnels des ESSMS, du sanitaire et les acteurs de l'habitat travaillent en coordination.

RECOMMANDATIONS**L'accompagnement de la personne**

- ↘ Identifier avec la personne ses besoins et attentes en matière d'habitat. Utiliser des outils d'évaluation qui prennent en compte les besoins :
 - en accompagnement dans la vie quotidienne et courante (pour réaliser les démarches administratives, les tâches domestiques, prendre ses traitements, se protéger de son environnement, etc.)⁴⁷ ;
 - en présence professionnelle en cas de nécessité (nécessité d'une présence 24 h/24 h, en journée, etc.) ;
 - pour gérer la solitude (souhait de vivre seul, en colocation ou en collectif, etc.)

ILLUSTRATION

Un département a construit un guide pratique « santé psychique et logement ». En annexe de ce guide, figure une « grille d'évaluation partagée des situations ». Cette grille permet aux différents acteurs de partager les informations nécessaires pour construire le parcours dans l'habitat de la personne. Elle est utilisée par les professionnels des différents ESSMS du territoire.

- ↘ Si nécessaire et avec l'accord de la personne, croiser les regards avec son entourage familial et professionnel, social et sanitaire. Associer, le cas échéant, la personne exerçant la mesure de protection (tutelle ou curatelle).
- ↘ Co-construire, avec la personne son projet d'accès à un habitat adapté à ses besoins, en fonction des ressources en logements/hébergements du territoire. Il s'agit par exemple :
 - de l'aider dans son choix d'habitat ;
 - d'organiser si besoin des mises en situation réelle au sein de lieux de « transition » (accueil temporaire en foyer, appartements « d'essais », etc.) ;
 - de lui proposer des ateliers collectifs d'apprentissage pour rechercher un logement/hébergement ;
 - de l'accompagner pour visiter des logements ou des hébergements ;
 - de l'accompagner dans ses démarches pour constituer les dossiers administratifs auprès des commissions *ad hoc* (commission d'attribution des logements sociaux, agence de location, MDPH, SIAO, préfecture ou tribunal administratif pour les dossiers DALO, etc.).

ILLUSTRATIONS

Un service à domicile propose un module d'apprentissage « recherche de logement ».

Un foyer de vie dispose, dans l'enceinte de l'établissement, d'appartements. Ces derniers permettent aux personnes de vivre en semi- autonomie et de préparer l'accès à un hébergement autonome.

- ↘ Intervenir en coordination avec les autres acteurs du logement (services sociaux, service d'accompagnement à domicile, etc.), les aidants familiaux et la personne exerçant la mesure de protection juridique.

⁴⁷ Voir chapitre sur « la vie quotidienne et vie courante ».

La phase d'entrée dans le logement ou l'hébergement

- ↘ Si nécessaire, mettre en place un accompagnement renforcé dans les premiers temps pour aider la personne à « habiter son logement ». Comme par exemple, l'accompagner pour :
 - déménager, s'installer dans son nouvel habitat et se l'approprier ;
 - réaliser les travaux d'installation et l'achat de mobilier ;
 - repérer son environnement (transports, commerces, services publics, gardien d'immeuble, etc.) ;
 - etc.
- ↘ Co-construire avec la personne et les intervenants qui interviennent en aval (autres services d'aide et d'accompagnement, bailleurs, services mandataires judiciaires, aidants familiaux) les modalités de continuité de l'accompagnement par l'ESSMS après l'emménagement, tant pour rassurer la personne que les bailleurs.

ILLUSTRATION

Un service d'accompagnement travaille sur l'insertion des personnes dans un logement autonome. L'accompagnement se déroule sur une durée de 18 à 24 mois avec un système de bail glissant. À la fin de l'accompagnement, les bailleurs sont informés qu'ils ont la possibilité de contacter le service même après la fin de l'accompagnement.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Intégrer la question du maintien/parcours/accès dans l'habitat, dans le projet d'ESSMS, en précisant ce qui est réalisé par les professionnels de l'ESSMS et ce qui est réalisé par les partenaires.

ILLUSTRATION

Dans un Samsah, un « référent logement » a pour mission d'apporter un soutien aux bénéficiaires inscrits dans cette démarche : aide à la réflexion quant à un projet logement, étude budgétaire, soutien dans la recherche de logement, visites de logement, de foyers, aide à la constitution de divers dossiers (demande de logement social, FSL, orientation SIAO...).

- ↘ Informer l'organisme gestionnaire de l'évolution des besoins des personnes accueillies dans le domaine de l'habitat pour diversifier les prestations proposées par l'établissement ou le service (chambres en hébergement collectif, appartements regroupés, colocations, etc.).

ILLUSTRATIONS

Dans le cadre d'un CPOM, un foyer de vie a construit un nouveau projet : louer un appartement dans la cité pour permettre à un résident de vivre seul tout en continuant à participer aux activités proposées par la structure.

Constatant les difficultés du SAVS pour répondre aux besoins des personnes ayant besoin d'un accompagnement dans le logement, un service d'accompagnement renforcé dans le domaine du logement a été créé.

- ↘ Évaluer les pratiques dans le domaine du logement en se dotant de critères de suivis, comme par exemple, les réponses apportées en matière d'habitat pour favoriser l'insertion dans le milieu ordinaire.

Le partenariat

- ↳ Identifier la palette existant sur le territoire en matière de logement/hébergement (social, médico-social ou sanitaire), d'aides financières (FSL, Locapass, etc.), de services d'accompagnement (AVDL, aide à domicile, etc.) en recueillant les guides existant sur le territoire⁴⁸ (auprès des centres ressources handicap psychique, des Creai, de la MDPH, des ARS, des communautés d'agglomération, etc.) ainsi que les guides nationaux.⁴⁹
- ↳ Connaître les critères d'attribution de la PCH et des prestations relatives à l'accompagnement et au maintien dans le logement qui peuvent être financées en sollicitant la MDPH.
- ↳ Travailler en partenariat, si nécessaire en le formalisant, avec les acteurs du logement/hébergement du territoire : services sociaux municipaux ou départementaux, Siao, CAF, bailleurs sociaux et/ou organismes de location privée, associations Pour l'amélioration de l'habitat (PACT), associations/fédérations œuvrant dans le domaine du droit au logement et de l'insertion, etc.

ILLUSTRATION

Un service à domicile a construit un réseau auprès des agences de location privées afin de faciliter l'accès à la location d'un logement. Le travail de ce réseau consiste, par un système de relais, à informer les agences de leur intervention pour accompagner la personne dans la vie quotidienne et courante.

- ↳ Sensibiliser les acteurs de l'habitat aux critères d'accessibilité des logements/hébergements pour les personnes handicapées psychiques.

Les critères d'accessibilité de l'habitat pour les personnes handicapées psychiques peuvent être définis ainsi :

- l'existence d'un partenariat entre les acteurs du logement/hébergement et ceux de la psychiatrie (CMP notamment) ;
- l'acceptation, la proximité et la disponibilité des services d'accompagnement (services à la personne, services mandataires, etc.) ;
- la présence humaine (gardiens d'immeubles formés, présence de « maîtresse de maison », etc.) ;
- la proximité avec la cité (transports en commun, services publics, proches, etc.) ;
- des quartiers présentant un environnement sécurisant car les personnes sont en général vulnérables ;
- des loyers abordables car les personnes disposent généralement de faibles revenus⁵⁰ ;
- des matériaux solides et faciles d'entretiens⁵¹ ;
- une bonne insonorisation pour ne pas être gêné par les bruits ou les voisins lors d'insomnies nocturnes⁵² ;
- l'absence de discrimination par les bailleurs privés ou publics en raison du handicap ou de la maladie⁵³.

⁴⁸ Exemple : le *Guide pratique : santé psychique et logement* réalisé par le Grand Lyon, le *Guide habitat et santé mentale* réalisé par Lille Métropole, *Guide santé mentale (soins, accompagnement et entraide)* réalisé par Psycom à Paris, etc.

⁴⁹ Exemple : *Guide précarité et santé mentale* réalisé par la Fnars, *Guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté* réalisé par la DGAS-DGALN, *Guides pratiques partagés d'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques* réalisé par Agapsy, etc.

⁵⁰ CHEREQUE F. *Les liens entre handicap et pauvreté. Les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources*. Novembre 2014, IGAS.

⁵¹ Association Agate, *Cahier des charges pour l'accessibilité des appartements temporaires à destination des personnes en situation de handicap psychique*.

⁵² *Op. cit.*

⁵³ Défenseur des droits. *Le défenseur des droits : 2005-2015 10 ans d'action pour la défense des droits des personnes handicapées*.

- ↘ Participer, autant que possible, aux commissions d'attribution des logements/hébergements et/ ou se mettre en relation avec les associations d'usagers qui y siègent (commission d'attribution des logements sociaux au niveau des communes ou des intercommunalités, commissions des SIAO, équipes pluridisciplinaires de la MDPH, commission des droits à l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)) et aux instances partenariales dans le domaine du logement (commission logement du Conseil local de santé mentale, etc.).
- ↘ Travailler en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH afin de construire des orientations qui répondent aux attentes et besoins de la personne et qui sont susceptibles de faciliter les essais et les transitions (par exemple, des expérimentations de doubles notifications FAM-MAS-foyer de vie-foyer d'hébergement, Esat-foyer de vie, etc.).

2 PRÉVENIR LES RUPTURES DANS L'HABITAT ET FAVORISER UN PARCOURS RÉSIDENTIEL SOUPLE

Le maintien dans l'habitat peut être rendu difficile en raison de problématiques rencontrées par la personne : problème d'hygiène et d'entretien du logement (notamment le syndrome de Diogène et de situation d'incurie), de paiement du loyer, de respect des règles communes, etc.

Les obstacles peuvent aussi être environnementaux : intolérance du voisinage, environnement nocif (appartement « squatté », personnes abusant de la vulnérabilité de la personne, etc.). Les obstacles peuvent être administratifs (modalités de tarification des ESSMS, critères d'attributions des orientations de la MDPH, retards dans les démarches vers les organismes de type CAF, etc.).

Par ailleurs, l'une des spécificités du handicap psychique est le caractère variable et évolutif des troubles, rendant difficile l'anticipation du parcours résidentiel. Certains hébergements sont pour certaines personnes des lieux de vie définitifs alors que pour d'autres, ils seront transitoires et constitueront une étape de leur parcours. Par exemple, une personne vivant en foyer de vie pourra peut-être accéder à une résidence-accueil ou un logement individuel, ou l'inverse.

L'enjeu, pour les professionnels, est de réévaluer régulièrement les besoins de la personne pour favoriser son maintien dans l'habitat ou anticiper et préparer l'étape pour assurer la continuité de l'habitat.

Effets attendus

- Les expulsions et les ruptures sont prévenues autant que possible. La continuité dans l'habitat est effective.
- La personne est accompagnée si un changement d'habitat (logement ou hébergement) est nécessaire ou souhaité.
- La personne a un parcours résidentiel souple.

RECOMMANDATIONS

L'accompagnement de la personne

- ↘ Réévaluer régulièrement les besoins de la personne en matière d'habitat, plus particulièrement lors d'événements susceptibles de les modifier : évolution de son état de santé, changement dans sa vie familiale, accès à un emploi, etc.
- ↘ Repérer les éventuelles difficultés de la personne dans son habitat : paiement des loyers, hygiène, relations avec l'environnement, etc.

- ↘ Co-construire avec la personne des réponses adaptées aux difficultés rencontrées et/ou à l'évolution des attentes. Les réponses peuvent consister à :
 - intervenir en médiation auprès du voisinage, des bailleurs, des services municipaux santé et environnement (notamment dans les situations d'incurie) ;
 - renforcer l'accompagnement dans la vie quotidienne et courante et les soins ;
 - co-construire le projet d'accès à un nouvel habitat (autre logement, résidence accueil, foyer de vie, etc.) et assurer la transition.
- ↘ Intervenir, sous réserve de l'accord de la personne, en coordination avec son entourage familial et professionnel ainsi que la personne exerçant la mesure de protection juridique, le cas échéant.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Intégrer, dans le projet de l'ESSMS, la question de la prévention des ruptures dans le logement/ hébergement ainsi que les pratiques susceptibles de favoriser un parcours résidentiel souple, notamment l'articulation avec les professionnels du soin.
- ↘ Évaluer les pratiques dans le domaine du logement en se dotant de critères de suivis concernant le maintien dans l'habitat.

Le partenariat

- ↘ Travailler en partenariat avec les équipes pluridisciplinaires de la MDPH, la CAF, les bailleurs sociaux, les professionnels du soin, les personnes exerçant les mesures de protection juridique et les professionnels de l'aide à domicile.

ILLUSTRATION

Une association est inscrite dans un réseau territorial. Elle bénéficie d'une délégation d'animation d'un groupe du Pole Insertion Logement (PIL) dans le cadre du PDALPD, géré par la communauté de communes intitulée « Bailleurs sociaux/privés et troubles psychiques ». L'objectif de ce groupe de travail est de prévenir les expulsions et de proposer des solutions à des situations bloquées (problèmes de voisinage, d'hygiène dans le logement, d'endettements) sur le parc de logement social de la commune. Sont regroupés autour de la table : les services de soins psychiatriques, l'ensemble des bailleurs sociaux, les représentants du parc de logement privé, l'UTAS, la MAIA, le service expulsion de la Sous-Préfecture, le CCAS, le CLIC et tout partenaire ressource.

- ↘ Construire des relations avec les habitants (commerçants, associations de quartier, jardins associatifs, etc.) pour anticiper et prévenir les difficultés de voisinage.

L'essentiel

FACILITER L'ACCÈS À UN HABITAT ADAPTÉ AU HANDICAP PSYCHIQUE

- Co-construire avec la personne son projet d'accès à un habitat après avoir identifié sur le territoire la palette existant en matière de logement/hébergement.
- Intervenir en coordination avec les autres acteurs de l'accompagnement (et notamment, ceux du logement/hébergement, du domicile), les professionnels du soin, l'entourage familial et la personne exerçant la mesure de protection. Partager les informations utiles et nécessaires à l'accompagnement, en présence de la personne ou avec son accord.
- Si nécessaire, mettre en place un accompagnement renforcé dans les premiers temps pour aider la personne à « habiter son logement ».
- Co-construire avec la personne, les professionnels qui interviennent en aval et les aidants familiaux, les modalités de continuité de l'accompagnement par l'ESSMS après l'emménagement.
- Intégrer la question du parcours dans l'habitat dans le projet d'ESSMS, et notamment l'accès à un hébergement indépendant.
- Connaître les critères d'attribution de la PCH et des prestations relatives à l'accompagnement et au maintien dans le logement qui peuvent être financées en sollicitant la MDPH.
- Sensibiliser les acteurs de l'habitat aux critères d'accessibilité des logements/hébergements pour les personnes handicapées psychiques.
- Participer, autant que possible, aux commissions d'attribution des logements/hébergements et/ou se mettre en relation avec les associations d'usagers qui y siègent.
- Intégrer les instances partenariales dans le domaine du logement/hébergement.
- Travailler en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH afin de construire des orientations susceptibles de faciliter les essais, les transitions et un parcours sans rupture.

PRÉVENIR LES RUPTURES DANS L'HABITAT ET FAVORISER LE MAINTIEN DANS L'HABITAT

- Repérer les éventuelles difficultés de la personne dans son habitat et réévaluer régulièrement ses besoins en accompagnement, plus particulièrement lors d'événements susceptibles de les modifier.
- Co-construire avec la personne des réponses adaptées aux difficultés rencontrées.
- Intervenir en coordination avec les autres acteurs de l'accompagnement (notamment ceux du logement/hébergement), les professionnels du soin, son entourage familial ainsi que la personne exerçant la mesure de protection juridique.
- Partager les informations utiles et nécessaires à l'accompagnement, en sa présence ou avec son accord.
- Intégrer, dans le projet de l'ESSMS, la question de la prévention des ruptures et du maintien dans l'habitat.
- Travailler, sur le territoire, en partenariat avec les acteurs de l'habitat (services sociaux, bailleurs, professionnels du soin, équipe pluridisciplinaire de la MDPH, CAF, personnes exerçant les mesures de protection juridique et professionnels de l'aide à domicile, etc.).
- Construire des relations avec les habitants pour anticiper et prévenir les difficultés de voisinage.





EXEMPLES DE CRITÈRES DE SUIVI DANS LE DOMAINE DE L'HABITAT

- Nombre de personnes accompagnées ayant connu une situation de changement (positif ou négatif) dans l'habitat au cours des douze derniers mois.
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'une intervention d'un partenaire de l'habitat (exemple service social municipal ou départemental, bailleur, etc.).

À lire absolument :

LA PLACE DE LA PERSONNE : ACTRICE ET CITOYENNE

L'ACCOMPAGNEMENT DANS LA VIE QUOTIDIENNE ET COURANTE

LA VIE QUOTIDIENNE
ET COURANTE

L'EMPLOI ET
LES ACTIVITÉS

LA SANTÉ

Les personnes handicapées psychiques peuvent rencontrer des limitations dans la vie quotidienne et courante : pour assurer leur hygiène corporelle, s'habiller de façon adaptée, préparer un repas équilibré, gérer leurs médicaments, leur sécurité (se protéger des abus, savoir demander de l'aide, connaître ses limites, etc.), gérer leurs dépenses courantes, réaliser des démarches administratives, sortir de leur domicile, utiliser les transports en commun, conduire un véhicule, faire leurs courses, etc.

Ces limitations peuvent être liées à l'interaction entre les troubles et les obstacles environnementaux.

En effet, malgré des capacités intellectuelles préservées, les aptitudes dans la vie quotidienne et courante peuvent se trouver fragilisées par des difficultés cognitives (mémorisation, impulsion, concentration, attention, planification, etc.), émotionnelles (troubles phobiques, obsessionnels compulsifs, etc.) ou relationnelles. Certaines sont liées aux effets secondaires des traitements.

Par ailleurs, certains services (administrations, transports publics, services d'aides à domicile, etc.) ne sont pas accessibles aux personnes handicapées psychiques⁵⁴ (en terme d'écoute, de disponibilité, de temps d'attente, de clarté des informations, etc.).

Pour ces raisons, les professionnels des ESSMS ont pour mission d'accompagner la personne dans la vie quotidienne et courante, tout en ajustant celui-ci au caractère variable et évolutif des troubles et en intervenant en complémentarité avec les autres intervenants du domicile et les aidants familiaux.

Deux aspects de la vie quotidienne et courante font l'objet de développements plus spécifiques :

- la mobilité et les déplacements ;
- l'accès aux ressources financières.

La question de la prise de traitements est abordée dans la partie sur la santé.

LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS DANS LA VIE QUOTIDIENNE ET COURANTE

L'accompagnement dans la vie quotidienne et courante relève d'intervenants diversifiés.

Il est mis en œuvre par les services à domicile tels que les SAVS, Samsah, Saad, Ssiad, Spasad. Les personnes peuvent aussi recourir à un emploi direct (une aide-ménagère par exemple). Certains aidants familiaux réalisent une partie de cet accompagnement.

Ces différents services n'interviennent pas sur tous les domaines de la vie quotidienne et courante. Par exemple, les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs (Services MJPM) interviennent plus particulièrement sur l'aide à la gestion budgétaire et la protection juridique.

Certains de ces services ont des missions d'accompagnement à l'apprentissage et de coordination des interventions (les Samsah et les SAVS notamment), alors que d'autres peuvent réaliser les actes pour la personne (par exemple, une auxiliaire de vie d'un Saad).

Les modalités de financement varient : certaines requièrent une orientation de la MDPH (SAVS et Samsah par exemple), d'autres une prescription médicale (par exemple, l'intervention d'une infirmière libérale ou d'un Ssiad pour l'aide à la prise du traitement), d'autres sont financées par la PCH, etc.

Dans les hébergements collectifs tels que les MAS, les FAM, les foyers de vie ou les foyers d'hébergement, cet accompagnement est mis en œuvre par des professionnels diversifiés : éducateurs spécialisés, CESF, moniteurs éducateurs, AMP, etc.

L'accompagnement dans la vie quotidienne et courante est une mission plus périphérique de certains ESSMS, les Établissements et services d'aide par le travail (Esat) notamment. Il n'en demeure pas moins que ces acteurs peuvent orienter les personnes vers les dispositifs adaptés et articuler leur accompagnement avec ces derniers.

⁵⁴ De nombreuses initiatives sont menées pour améliorer cette accessibilité, voir notamment le guide « *le service public : guide de l'accueil des personnes en situation de handicap* », Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, novembre 2014.

1 CO-CONSTRUIRE AVEC LA PERSONNE UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ VISANT À RENFORCER SES CAPACITÉS D'AGIR

Certains des besoins en accompagnement dans la vie quotidienne et courante ne sont pas toujours bien identifiés par les personnes et les professionnels, et de ce fait, l'accompagnement peut s'avérer inadapté.

En effet, les personnes peuvent ne pas avoir conscience de leurs besoins, ne pas être en capacité d'exprimer des demandes ou encore ne pas oser solliciter de l'aide car elles ont des difficultés à accepter leurs limitations. Elles peuvent aussi ne pas vouloir solliciter de l'aide dans ce qui relève de la sphère domestique, donc privée.

De plus, le caractère en partie invisible et fluctuant du handicap psychique, rend difficile le repérage et l'évaluation des besoins en accompagnement par les professionnels.

Il n'en demeure pas moins que l'accompagnement dans la vie quotidienne et courante est essentiel : il permet de compenser les difficultés de la personne, d'améliorer sa qualité de vie et de renforcer ses capacités d'agir.

Effets attendus

- La personne bénéficie de l'accompagnement nécessaire dans le domaine de la vie quotidienne et courante.
- Les capacités d'agir des personnes dans la vie quotidienne et courante sont renforcées.
- La personne identifie elle-même ses priorités et ses besoins en accompagnement dans la vie quotidienne et courante. L'absence de demande est prise en compte.
- Les personnes concernées, les professionnels et les aidants familiaux connaissent les conséquences des troubles et des effets secondaires des traitements sur la vie quotidienne.

RECOMMANDATIONS

L'accompagnement de la personne

- ↳ Évaluer les besoins en accompagnement dans la vie quotidienne et courante :
 - en recueillant auprès de la personne les besoins qu'elle a repérés comme prioritaires ;
 - en lui proposant de se rendre dans son lieu de vie pour observer ses besoins en lien avec son environnement ;
 - en recueillant, avec son accord, les évaluations réalisées par les autres intervenants (professionnels du soin, sociaux ou médico-sociaux, etc.) et les aidants non professionnels (sous réserve de l'accord de la personne) ;
 - en utilisant des grilles d'évaluation des besoins. Comme par exemple : l'échelle Profinteg, l'échelle G-MAP, l'échelle d'évaluation des processus du handicap psychique (EPHP)⁵⁵.
- ↳ Co-construire avec la personne son projet d'accompagnement dans la vie quotidienne et courante. Comme par exemple :
 - l'accompagner vers les services sociaux municipaux ou départementaux afin de bénéficier des aides nécessaires (service d'aide à domicile, de portage des repas, transport adapté, aide ménagère, etc.) ;
 - l'accompagner dans ses démarches administratives auprès de la MDPH pour bénéficier de la PCH, du conseil départemental/de la commune pour bénéficier de l'Aide sociale départementale (ASD), d'aides extra-légales ou de l'APA si elle a plus de 60 ans (notamment pour le financement de l'aide au ménage qui n'est pas financé par la PCH) ;

⁵⁵ Revue ALTER, Vol. 6 - n° 4, Octobre/Décembre 2012 : "Décirer le handicap psychique ; L'apport de la neuropsychologie et des sciences sociales".

- mettre en place un apprentissage de la vie quotidienne et courante par un accompagnement individuel ou en groupe ;
- proposer des mises en situation réelle ;
- etc.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Intégrer, dans le projet de l'ESSMS et le livret d'accueil, les outils mis en œuvre pour favoriser le développement des capacités d'agir des personnes dans la vie quotidienne et courante. Associer le conseil de la vie sociale à la réflexion et à la construction des outils.
- ↘ Organiser la possibilité d'expérimenter des situations concrètes et des essais afin de permettre aux personnes de se rendre compte de leurs compétences et de les renforcer (par exemple : se préparer un repas au sein d'une cuisine collective pour une personne qui vit en foyer, vivre dans un appartement autonome « d'essai » quelque temps pour une personne qui vit au domicile de ses proches, etc.). Garantir un cadre sécurisant au sein de ces espaces.

ILLUSTRATION

Dans un foyer de vie, trois résidents partent en autonomie en vacances à la mer pendant une semaine. Ils ont organisé leur séjour, ont choisi leur destination, leur hôtel, leurs sorties.

- ↘ Confier la gestion de certains projets de l'ESSMS aux personnes (dont la composante budgétaire). Par exemple : création d'un site internet pour la résidence, organisation d'un séjour à la campagne, animation d'une fête, réalisation de travaux de jardinage, organisation d'activités pour les autres résidents, etc.
- ↘ Organiser, en fonction des besoins repérés, des ateliers collectifs d'apprentissage dans la vie quotidienne et courante : l'alimentation/repas, le logement et l'espace de vie (ménage), les relations avec les administrations et les services, la mobilité et les déplacements, la gestion budgétaire, etc.

ILLUSTRATION

Un service d'accompagnement propose des « modules » d'apprentissage ayant pour objectif d'aider les personnes à développer leurs habiletés sociales dans les différents domaines, dont la vie quotidienne et courante : présentation/hygiène, administratif/budget, alimentation, ménage, etc. L'inscription aux différents « modules » se fait en fonction du projet de vie de la personne et de l'évaluation de ses compétences/difficultés. Chaque séance regroupe entre 3 et 6 usagers.

- ↘ Mettre à disposition le matériel nécessaire à l'autonomie (dans les hébergements collectifs de type foyer de vie, d'hébergement, FAM, MAS, etc.) : ordinateurs, accès internet, machines à laver, cuisine collective en accès libre, matériel pour l'entretien des chambres/studios et espaces collectifs, matériel pour l'entretien du jardin, etc.

ILLUSTRATION

Dans un foyer de vie, les personnes se restaurent dans une salle à manger collective, les repas sont préparés par un cuisinier. Il existe également une cuisine pour les personnes accueillies où elles ont la possibilité, si elles le souhaitent de préparer un repas seul ou avec d'autres résidents.

- ↘ Assurer la formation des professionnels sur la connaissance des conséquences potentielles et variées des troubles psychiques sur la vie quotidienne et courante et sur les pratiques professionnelles à mettre en œuvre pour renforcer les capacités d'agir des personnes.
- ↘ Évaluer les pratiques professionnelles visant à renforcer les capacités d'agir des personnes dans la vie quotidienne et courante en suivant régulièrement l'évolution des capacités d'agir des personnes dans la vie quotidienne et courante.

2 AJUSTER L'ACCOMPAGNEMENT AFIN DE TENIR COMPTE DE LA VARIABILITÉ ET DE L'ÉVOLUTIVITÉ DES TROUBLES

L'une des spécificités du handicap psychique est le caractère variable et évolutif des troubles, avec des périodes de rétablissement. Le handicap est donc aussi variable. Ceci implique une réévaluation régulière des besoins en accompagnement.

ILLUSTRATION - PAROLE D'UNE PERSONNE ACCOMPAGNÉE

« Avec la maladie parfois, ce n'est pas facile, car c'est très changeant, un jour, on peut se sentir capable et le suivant non. »

Effets attendus

- L'accompagnement dans la vie quotidienne et courante est ajusté à la variabilité des troubles. L'absence de demande est prise en compte.
- Les fins d'accompagnement par les services (SAVS, Samsah, service mandataire, service à domicile, etc.) sont préparées avec les personnes.
- La continuité de l'accompagnement est effective.
- Les modalités de coordination entre les différents intervenants tiennent compte de la variabilité des troubles de la personne.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↘ Définir dès l'admission la fréquence de ré-évaluations et en informer la personne.

L'accompagnement de la personne

- ↘ Réévaluer autant que nécessaire les besoins en accompagnement dans la vie quotidienne et courante en se coordonnant avec les partenaires (dont les professionnels du soin) et les aidants non professionnels (sous réserve de l'accord de la personne) :
 - *a minima* chaque année lors de la réévaluation du projet personnalisé et plus particulièrement lors de renouvellement d'orientation de la MDPH ;
 - en cas d'événement (sortie d'hospitalisation, changement dans l'environnement relationnel et familial) ;
 - à la demande de la personne, des proches ou des partenaires.
- ↘ Assurer une veille au quotidien. Il s'agit d'une bienveillance et non d'une surveillance dont la responsabilité est partagée par l'ensemble des acteurs intervenants avec la personne sur le territoire.

- ↳ Renforcer ou diminuer ponctuellement ou durablement l'intensité de l'accompagnement (c'est-à-dire la fréquence des interventions) afin de s'ajuster à la variabilité des besoins.

La phase de sortie

- ↳ Co-construire avec la personne, et en se coordonnant avec les partenaires (dont les professionnels du soin) et les aidants non professionnels (sous réserve de l'accord de la personne), le projet de sortie du dispositif d'accompagnement (SAVS, Samsah, Saad, etc.) :
 - en construisant auprès de la personne un nouveau réseau d'aide et/ou en informant et en coordonnant le réseau restant de la personne ;
 - en envisageant un allègement progressif de l'accompagnement dans un premier temps.
- ↳ Assurer la continuité de l'accompagnement même après la sortie :
 - en restant disponible auprès de la personne et de son entourage en cas de besoin ponctuel ;
 - en l'informant des modalités de retour au sein de l'ESSMS si besoin.

ILLUSTRATION

Un service d'accompagnement et de maintien à domicile propose une prestation « maintien du lien » pour les personnes qui n'ont plus besoin d'un accompagnement par le service. Il s'agit d'une fonction de veille et de coordination auprès de la personne. En cas de besoin d'accompagnement renforcé, la personne peut réintégrer l'accompagnement SAVS « complet ». Certains SAVS financent cette prestation « partielle » par le biais de la PCH.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↳ Intégrer, dans le fonctionnement de l'ESSMS, la préparation des autres étapes du parcours de vie de la personne (dont les sorties), et notamment le travail avec les partenaires.
- ↳ Construire une procédure de sortie (sur le modèle des procédures d'admission) afin de baliser les étapes permettant de garantir la continuité de l'accompagnement et faciliter la transition. Préciser notamment les modalités de retour au sein de l'ESSMS si besoin.
- ↳ Intégrer dans le cadre du dialogue de gestion (Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (Cpom)) la prise en compte de la variabilité et de l'évolutivité des besoins en accompagnement :
 - en ne raisonnant pas en termes de « lits ou places » autorisés mais en terme de besoins en accompagnement tout au long du parcours ;
 - en objectivant le temps d'accompagnement/les prestations nécessaires⁵⁶.

RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR L'ÉVOLUTIVITÉ DES TROUBLES LIÉES À L'AVANCE EN ÂGÉ

- L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (Anesm, 2015)

⁵⁶ Conformément aux orientations du projet SERAFIN PH : Projet de réforme de la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap piloté par la DGCS et la CNSA.

3 INTERVENIR EN COORDINATION AVEC LES AIDANTS FAMILIAUX ET DES PROFESSIONNELS NON SPÉCIALISÉS INTERVENANTS DANS LE DOMAINE DE LA VIE QUOTIDIENNE ET COURANTE

L'accompagnement dans la vie quotidienne et courante relève d'une multitude d'acteurs : les aidants familiaux, les professionnels des services sociaux municipaux (CCAS) et départementaux, des secteurs psychiatriques, les pairs (par exemple, adhérents d'un GEM), les services à la personne, les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs, etc. Dans cet accompagnement qui vise à compenser les incapacités des personnes et à renforcer ses apprentissages, chaque acteur joue un rôle qui doit se coordonner avec les autres. Il est donc nécessaire que tous ces acteurs travaillent en partenariat autour du projet de vie de la personne et avec elle.

Effets attendus

- La coordination et la cohérence des interventions sont effectives.
- Les places et les rôles de chaque intervenant (professionnel ou non, soignant ou social) sont identifiés et reconnus.
- Le rôle des aidants non professionnels est reconnu. Ces derniers bénéficient du soutien et des formations nécessaires.
- Les professionnels qui ne sont pas spécialisés sont accompagnés et sensibilisés par des professionnels ressources.

RECOMMANDATIONS

L'accompagnement de la personne

- ↘ Solliciter la personne afin d'identifier les aidants professionnels (assistante sociale de secteur psychiatrique, de la commune ou du département, service mandataire judiciaire à la protection des majeurs, aide ménagère, etc.) et les aidants non professionnels (famille, pairs, etc.) qui l'accompagnent dans sa vie quotidienne et courante.
- ↘ Informer les autres intervenants des missions de l'établissement ou du service et se faire reconnaître auprès d'eux.
- ↘ Définir ensemble le périmètre d'intervention en fonction des limites et des compétences/ressources de chaque acteur.
- ↘ Expliciter à la personne les rôles des différents intervenants.
- ↘ Associer selon leurs disponibilités, les intervenants dans la vie quotidienne et courante ainsi que les aidants familiaux aux réunions contribuant au projet personnalisé (par exemple réunions de synthèse).
- ↘ S'assurer de l'accord de la personne, ne partager que les informations utiles et nécessaires à l'accompagnement et respecter le cadre relatif au secret professionnel et médical.
- ↘ Se rendre disponible auprès des professionnels qui ne sont pas spécialisés (aide au ménage, infirmière à domicile, etc.) et des aidants non professionnels en :
 - intervenant en binôme les premiers temps si cela est nécessaire ;
 - échangeant les informations utiles et nécessaires à l'accompagnement, en présence de la personne et/ou avec son accord ;
 - leur transmettant les coordonnées téléphoniques d'un référent désigné au sein de l'ESSMS afin qu'ils puissent le solliciter en cas de besoin ;
 - etc.

L'accompagnement des proches

- ↘ Être attentif aux difficultés et aux besoins de répit des aidants familiaux.

Le partenariat

- ↘ Identifier, sur le territoire, les acteurs de l'aide à la vie quotidienne et courante (service d'aide à domicile, de portage de repas, services d'aide à la gestion budgétaire, services mandataires, dispositifs de téléalarme, etc.) :
 - en rencontrant les services sociaux municipaux et départementaux, la MPDH ;
 - en prenant appui sur les centres ressources handicap psychique ;
 - en participant aux instances partenariales (Conseil local de santé mentale, réseaux, union d'associations locales, etc.).
- ↘ Identifier les associations de familles et d'aidants
- ↘ Travailler en partenariat avec ces acteurs en construisant les formalisations nécessaires.
- ↘ Participer à la formation/information/sensibilisation des professionnels qui ne sont pas spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques (aides à domicile non spécialisés, professionnels des services sociaux municipaux ou départementaux, etc.), et des aidants familiaux.

RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LE SOUTIEN DES AIDANTS FAMILIAUX

- Le soutien des aidants non professionnels. Des recommandations à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants des personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile (Anesm, 2014)

4 FAVORISER LA MOBILITÉ ET LES DÉPLACEMENTS DES PERSONNES

Pour certaines personnes les déplacements représentent des freins. Elles peuvent rencontrer des difficultés pour sortir de chez elle, faire leurs courses, se rendre à des rendez-vous importants, etc.

Ces limitations sont liées à l'interaction entre les troubles et les obstacles environnementaux.

Les personnes peuvent en effet avoir des difficultés pour se repérer dans l'espace, faire face à l'inconnu, à l'imprévu, (en raison d'angoisses, de phobies, etc.).⁵⁷

Les obstacles environnementaux sont constitués par le fonctionnement de certains transports publics qui ne sont pas tous accessibles aux personnes handicapées psychiques (problèmes de retard difficile à gérer, de signalétique inadaptée, flux important de passagers pouvant être anxiogène, etc.).

Les personnes peuvent donc avoir besoin d'accompagnement pour trouver des stratégies pour contourner leurs difficultés.⁵⁸

⁵⁷ Des initiatives sont mises en œuvre pour favoriser l'accessibilité des espaces publics et des transports en communs, voir notamment : « Handicaps mentaux, cognitifs et psychiques - Quelles pistes pour améliorer l'accessibilité? », CERTU, Fiche n° 1, octobre 2013.

⁵⁸ *La mobilité des personnes en situation de handicap. Approfondissement des connaissances et perspectives d'évolution.* Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, sous la direction de LAMY M. 135, 2015.

Effets attendus

- Les personnes sont en mesure de se déplacer lorsqu'elles en ont besoin et envie. Elles apprennent à gérer leurs éventuelles angoisses.
- En fonction des attentes de la personne, la sociabilité des personnes est favorisée. Le sentiment d'enfermement est prévenu.
- L'accompagnement est adapté et réajusté à leur vulnérabilité et à leur degré d'autonomie.
- Les professionnels de l'ESSMS travaillent en coordination avec les acteurs chargés de la mobilité sur le territoire : élus, sociétés de transports, etc.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↳ Évaluer avec la personne, ses besoins dans le domaine des déplacements habituels et inhabituels, en fonction des moyens de déplacement qu'elle utilise (déplacement à pieds, à bicyclette, en transports en commun, en véhicule motorisé, etc.). Par exemple :
 - repérer les itinéraires et les horaires (utiliser une carte ou un plan, les technologies de l'information et de la communication qui permettent de visualiser le trajet, de se familiariser visuellement avec un itinéraire avant de s'y rendre, etc.);
 - choisir le moment le plus opportun (par exemple éviter les heures de pointe, ou au contraire choisir les moments où il y a des passants ou d'autres passagers pour être rassuré, etc.);
 - choisir l'endroit le plus adapté pour s'installer dans les transports en commun (près de la porte, du conducteur, etc.);
 - gérer l'attente éventuelle;
 - demander d'être accompagné par un pair ou un proche pour être rassuré;
 - anticiper et faire face à des imprévus dans ses déplacements (travaux, accidents, retards, marchés, manifestations, etc.);
 - solliciter de l'aide auprès des autres passagers, des agents des transports publics, contacter un proche (pairs, familles, etc.) ou un professionnel pour être rassuré;
 - etc.
- ↳ Réaliser cette évaluation :
 - en utilisant/construisant des outils d'évaluation des besoins dans le domaine des déplacements;
 - « en situation », notamment en faisant le(s) trajet(s) (bus, à pied, en voiture, etc.) avec la personne;
 - en croisant les regards (avec ses proches et éventuellement son médecin traitant et/ou son psychiatre), sous réserve de l'accord de la personne.
- ↳ Identifier, auprès de la personne, sa connaissance de son quartier.

L'accompagnement de la personne

- ↳ Co-construire l'accompagnement nécessaire pour organiser l'apprentissage des déplacements habituels et inhabituels. Comme par exemple :
 - en se basant sur les stratégies de repérage de la personne;
 - en utilisant des supports virtuels pour repérer les déplacements (par exemple : google map, etc.);
 - en l'aidant à identifier les services susceptibles de faciliter ses déplacements (Symbole d'accueil, accompagnement, accessibilité (S3A), services d'assistance dans certaines gares SNCF, etc.);
 - en l'accompagnant dans ses démarches auprès des administrations (MDPH, sociétés de transports, etc.) pour bénéficier des prestations;
 - etc.

- ↳ Accompagner la personne dans le repérage/la connaissance de son quartier.
- ↳ L'informer des précautions relatives à la conduite automobile :
 - en l'invitant à échanger avec son médecin/pharmacien pour connaître les effets secondaires de ses traitements sur la conduite automobile ;
 - en mettant à disposition le dépliant de la sécurité routière : *Conduite pour tous, comment conduire avec un handicap*⁵⁹ ;
 - etc.
- ↳ Rassurer la personne si des difficultés dans les déplacements reviennent en :
 - l'aidant à les analyser ;
 - reprenant un apprentissage physique ;
 - réévaluant avec elle, étape par étape, les trajets habituels.
- ↳ Transmettre si nécessaire les coordonnées téléphoniques d'un référent au sein de la structure afin de pouvoir solliciter son aide en cas de difficulté dans les déplacements.

Le projet d'établissement ou de service

- ↳ Définir dans le projet d'ESSMS les périmètres d'intervention des professionnels concernant l'accompagnement aux déplacements.
- ↳ Identifier les aides (financières, humaines, etc.) susceptibles de faciliter les déplacements des personnes handicapées psychiques : carte de priorité pour personnes handicapées, carte de stationnement pour personnes handicapées, carte d'invalidité pour bénéficier des transports publics à tarif préférentiel, PCH pour financer l'aide d'une auxiliaire de vie pour les déplacements, services de transports adaptés, services d'assistance dans certaines gares SNCF, etc.

Le partenariat

- ↳ Travailler en partenariat avec les acteurs de la mobilité sur le territoire : commune, sociétés de transports en commun, etc.
- ↳ Sensibiliser ces acteurs aux critères d'accessibilité des transports pour les personnes handicapées psychiques.

5 GARANTIR L'ACCÈS AUX RESSOURCES FINANCIÈRES

Les personnes en situation de handicap psychique peuvent éprouver des difficultés dans la gestion de leurs revenus pour plusieurs raisons :

- dans les moments de « crise », elles peuvent faire des achats compulsifs et inconsidérés pouvant conduire à des découverts bancaires importants ;
- la consommation parfois importante de tabac et d'alcool peut peser fortement sur leur budget ;
- elles peuvent avoir un autre rapport à la réalité, y compris sur le plan budgétaire. Par exemple, certaines personnes par peur de ne plus avoir d'argent peuvent n'effectuer aucune dépense (et se sous-alimenter, ne pas se chauffer, etc.) ;
- elles peuvent éprouver des limitations dans la gestion de leurs documents administratifs pouvant les conduire à perdre certains droits ou à ne jamais les solliciter. Elles peuvent, au contraire solliciter indûment les services administratifs alors que leurs droits sont ouverts.

⁵⁹ www.securite-routiere.org

Certaines difficultés sont liées à l'environnement :

- leurs revenus sont généralement d'un montant peu élevé ;
- la complexité des procédures administratives pour bénéficier de certains droits peut entraîner des non-recours et/ou des ruptures de droit lors des renouvellements⁶⁰ ;
- les personnes peuvent être victimes d'abus et d'escroqueries financières en raison de leur vulnérabilité.

Pour autant, le budget est souvent un point sur lequel les personnes aspirent à être autonomes.

Effets attendus

- La personne dispose de ressources financières.
- Les droits en termes de ressources financières auxquels la personne est éligible sont ouverts. Les ruptures lors du renouvellement des droits sont évitées.
- Les éventuelles limitations de la personne dans la gestion budgétaire sont compensées grâce à un accompagnement adapté.
- La personne est actrice de sa gestion budgétaire, y compris lorsqu'elle bénéficie d'une mesure de protection juridique (curatelle ou tutelle)⁶¹.
- Les compétences de la personne dans ce domaine sont reconnues.
- Les capacités d'apprentissage de la personne sont valorisées.
- Les personnes sont protégées face au risque d'escroquerie ou d'abus.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↳ Évaluer les besoins en accompagnement dans le domaine de l'accès aux ressources financières et de la gestion budgétaire (pour construire et gérer un budget, ouvrir et classer ses courriers et ses documents administratifs, prendre des rendez-vous et les planifier, compléter les dossiers, etc.) en :
 - recueillant, auprès de la personne, ses besoins en accompagnement ;
 - identifiant, auprès d'elle, les personnes de son entourage qui l'aident dans les aspects budgétaires et administratifs.

L'accompagnement de la personne

- ↳ Co-construire, avec la personne, l'accompagnement nécessaire. Comme par exemple :
 - se déplacer avec elle physiquement dans les administrations (CAF, MDPH, Pôle Emploi, etc.) ;
 - intervenir en médiation de situation conflictuelle avec l'aidant familial⁶² ou la personne exerçant la mesure de protection juridique ;
 - aider la personne à solliciter une mesure d'accompagnement dans le domaine budgétaire (MASP, MAJ, mesure de curatelle, de tutelle, etc.).
- ↳ En cas de difficultés financières liées à des achats compulsifs, une dépendance aux jeux, à l'alcool ou à d'autres produits susceptibles, intervenir en coordination avec les professionnels du soin et de l'addictologie (sous réserve de l'accord de la personne).

⁶⁰ P. 24 ABROSSIMOV C., CHEREQUE F., *Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources*, novembre 2014, IGAS.

⁶¹ PP 22 à 24. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, *La participation des personnes à leur mesure de protection* (Anesm, 2012).

⁶² *Le soutien des aidants non professionnels* (Anesm, 2014).

- ↘ S'assurer régulièrement auprès de la personne de l'ouverture et du renouvellement de ses droits concernant ses ressources (AAH, allocation chômage, RSA, pension d'invalidité, APL, aides facultatives, etc.).
- ↘ Intervenir en coordination, sous réserve de l'accord de la personne, avec la personne exerçant la mesure de protection juridique, les aidants familiaux (le cas échéant) et les autres intervenants (service social de l'hôpital, du CCAS, etc.).

La phase de sortie

- ↘ Lors de la sortie de l'ESSMS, co-construire, avec la personne, en fonction de ses besoins et en coordination avec les autres intervenants, l'accompagnement nécessaire pour garantir la continuité de l'accès aux ressources financières.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ En fonction des besoins identifiés, organiser des ateliers collectifs d'apprentissage dans le domaine de la gestion budgétaire et des démarches administratives.

ILLUSTRATION

Dans un SAVS, deux modules d'apprentissages « administratif – budget » et « connaissance des services administratifs » visent à aider les personnes à comprendre le rôle de chaque institution, afin de pouvoir solliciter, en fonction de ses demandes et de ses besoins, le bon service, au bon moment et pouvoir activer ainsi le réseau social à bon escient. Organisé à partir du Programme de renforcement de l'autonomie et des capacités sociales (PRACS), en collaboration avec des partenaires comme les Conseillères en économie sociale et familiale (CESF) des centres médico-sociaux de la Caisse d'allocation familiale (CAF), ces modules ont pour avantage non seulement de faire tomber les inhibitions des personnes quant aux démarches à entreprendre auprès de ces administrations, mais aussi de développer un partenariat plus riche avec ces organismes.

Le partenariat

- ↘ Travailler en partenariat avec les services sociaux municipaux, départementaux, du secteur psychiatrique, les caisses d'allocations familiales, les commissions de surendettement, les personnes chargées des mesures de protection (services mandataires judiciaires à la protection des majeurs, familles, mandataires indépendants), etc.

L'essentiel

CO-CONSTRUIRE AVEC LA PERSONNE UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ VISANT À RENFORCER SES CAPACITÉS D'AGIR

- Évaluer les besoins en accompagnement dans la vie quotidienne et courante.
- Co-construire avec la personne les modalités de son accompagnement.
- Analyser l'absence de demande d'accompagnement dans la vie quotidienne et courante en équipe pluridisciplinaire, pour construire des solutions susceptibles de susciter une demande.
- Intervenir en coordination avec les autres intervenants, les aidants familiaux et les professionnels du soin.
- Intégrer, dans le projet de l'ESSMS et le livret d'accueil, les outils mis en œuvre pour favoriser le développement des capacités d'agir des personnes dans la vie quotidienne et courante.
- Organiser la possibilité d'expérimenter des situations concrètes et des essais, afin de permettre aux personnes de se rendre compte de leurs compétences, de les renforcer et de travailler sur les obstacles.
- Confier la gestion de certains projets de l'ESSMS aux personnes accueillies.
- Organiser, en fonction des besoins repérés, des ateliers collectifs d'apprentissage.
- Mettre à disposition le matériel nécessaire à l'autonomie.
- Assurer la formation des professionnels sur la connaissance des conséquences potentielles et variées des troubles psychiques sur la vie quotidienne et courante et sur les pratiques permettant de renforcer les capacités d'agir des personnes.

AJUSTER L'ACCOMPAGNEMENT AFIN DE TENIR COMPTE DE LA VARIABILITÉ ET DE L'ÉVOLUTIVITÉ DES TROUBLES

- Réévaluer autant que nécessaire et *a minima* chaque année les besoins en accompagnement dans la vie quotidienne et courante.
- Intervenir en coordination avec les aidants non professionnels, les professionnels de l'aide à domicile et les professionnels du soin.
- Assurer une veille au quotidien.
- Renforcer ou diminuer ponctuellement ou durablement l'intensité de l'accompagnement en fonction de la variabilité des besoins et attentes identifiés.
- En fonction des besoins et attentes de la personne, co-construire avec elle le projet de sortie du dispositif d'accompagnement.
- Assurer la continuité de l'accompagnement après la sortie.
- Intégrer, dans le projet de l'ESSMS, les pratiques mises en œuvre pour favoriser les fins d'accompagnement tout en assurant la continuité et la cohérence de la transition.
- Construire une procédure de sortie afin de baliser les étapes permettant de garantir la continuité de l'accompagnement et faciliter la transition.





INTERVENIR EN COORDINATION AVEC LES AIDANTS FAMILIAUX ET LES PROFESSIONNELS NON SPÉCIALISÉS

- Solliciter la personne afin d'identifier les aidants professionnels et les aidants non professionnels qui l'accompagnent dans sa vie quotidienne et courante.
- Informer les autres intervenants des missions de l'établissement ou du service.
- Définir ensemble le périmètre d'intervention en fonction des limites et des compétences/ressources de chaque acteur.
- Expliciter à la personne les rôles des différents intervenants.
- Associer, selon leurs disponibilités, les intervenants dans la vie quotidienne et courante ainsi que les aidants familiaux, aux réunions contribuant au projet personnalisé.
- Échanger les informations utiles et nécessaires en présence de la personne et/ou avec son accord.
- Se rendre disponible auprès des professionnels qui ne sont pas spécialisés et des aidants familiaux.
- Être attentif aux difficultés et aux besoins de répit des aidants familiaux.
- Identifier, sur le territoire, les acteurs de l'aide à la vie quotidienne et courante.
- Identifier, sur le territoire, les associations de familles et d'aidants.
- Travailler en partenariat avec ces acteurs en construisant les formalisations nécessaires.
- Participer à la formation/information/sensibilisation des professionnels qui ne sont pas spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques ainsi que des aidants familiaux.

FAVORISER LA MOBILITÉ ET LES DÉPLACEMENTS DES PERSONNES

- Identifier avec la personne, ses besoins dans le domaine des déplacements habituels et inhabituels, ainsi que la connaissance de son quartier.
- Réaliser l'évaluation en situation, notamment en faisant le(s) trajet(s) avec la personne.
- Croiser les regards (avec ses proches et éventuellement son médecin traitant et/ou son psychiatre), en présence de la personne et/ou avec son accord.
- Co-construire l'accompagnement nécessaire pour organiser l'apprentissage des déplacements habituels et inhabituels et le repérage/la connaissance de son quartier.
- L'informer des précautions relatives à la conduite automobile.
- Rassurer la personne si des difficultés dans les déplacements reviennent.
- Transmettre si nécessaire les coordonnées téléphoniques d'un référent au sein de la structure afin de pouvoir solliciter son aide en cas d'éventuelle difficulté dans les déplacements.
- Définir dans le projet d'établissement ou de service les périmètres d'intervention des professionnels concernant l'accompagnement aux déplacements.
- Connaître, sur le territoire, les aides/dispositifs susceptibles de faciliter les déplacements des personnes handicapées psychiques.





- Travailler en partenariat avec les acteurs de la mobilité (communes, sociétés de transports).
- Sensibiliser ces acteurs aux critères d'accessibilité des transports pour les personnes handicapées psychiques.

GARANTIR L'ACCÈS AUX RESSOURCES FINANCIÈRES

- Évaluer les besoins en accompagnement pour l'accès aux ressources financières et de la gestion budgétaire.
- Co-construire, avec la personne, l'accompagnement nécessaire.
- S'assurer régulièrement auprès de la personne de l'ouverture et du renouvellement de tous ses droits.
- Intervenir en coordination avec les autres intervenants (et notamment le mandataire judiciaire, les services sociaux, etc.), les aidants familiaux et les professionnels du soin (notamment en cas de difficultés financières liées à des achats compulsifs, une dépendance aux jeux, à l'alcool, etc.).
- En fonction des besoins identifiés, organiser des ateliers collectifs d'apprentissage dans le domaine de la gestion budgétaire et des démarches administratives.
- Construire des partenariats avec les services sociaux, les caisses d'allocations familiales et les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs.

EXEMPLES DE CRITÈRES DE SUIVI DANS LE DOMAINE DE LA VIE QUOTIDIENNE ET COURANTE

- Nombre de personnes pour lesquelles il y a eu une diminution durable du temps d'accompagnement (fréquence des rendez-vous, etc.) dans les domaines de la vie quotidienne et courante au cours des douze derniers mois.

À lire absolument :

LA PLACE DE LA PERSONNE : ACTRICE ET CITOYENNE

L'ACCOMPAGNEMENT À L'EMPLOI, À LA FORMATION ET AUX ACTIVITÉS

L'emploi et la formation

1 CO-CONSTRUIRE AVEC LA PERSONNE SON PROJET D'ACCÈS OU DE RETOUR À L'EMPLOI, EN COORDINATION AVEC LES AUTRES INTERVENANTS

La demande d'accès à l'emploi dans le milieu ordinaire est forte parmi les personnes handicapées psychiques, le travail étant un élément important de reconnaissance sociale.⁶³ C'est aussi un moyen de disposer de revenus et d'échapper en partie à la pauvreté économique. Le travail permet « d'être comme tout le monde⁶⁴ » et de mettre à distance sa différence/son handicap. De nombreuses études montrent un lien entre le rétablissement et le travail⁶⁵ : l'activité permet d'augmenter l'estime de soi, de ne pas se focaliser sur les symptômes de la maladie, de se dégager de l'image stigmatisante du handicap,⁶⁶ de développer des contacts sociaux, d'aider à la structuration du temps et des journées, et pour certaines personnes, d'être moins dépendantes de l'aide sociale.⁶⁷ En ce sens, obtenir un emploi est proclamé comme un droit fondamental dans le préambule de la constitution⁶⁸ et l'insertion sociale constitue un principe de la loi du 11 février 2005.

Malgré ces éléments, le projet d'accès à l'emploi des personnes n'est pas toujours envisagé et les personnes peuvent être orientées vers des établissements protégés alors que le travail en milieu ordinaire est possible si les personnes bénéficient d'un aménagement dans l'environnement de travail et de services de soutien à l'emploi.⁶⁹ En effet, il apparaît que « *ce ne sont pas, comme on pourrait s'y attendre, tant les propriétés des personnes en situation de handicap (leurs ressources et leurs limitations) qui s'avèrent déterminantes de leur succès pour la réinsertion professionnelle que le mode d'accompagnement et la politique mise en œuvre* ». Les représentations des professionnels jouent également un rôle important puisque la croyance des professionnels dans la réinsertion influence favorablement le retour à l'emploi.⁷⁰

⁶³ P. 31 « Enjeux de la reconnaissance dans le travail : opérateur de socialisation, déterminant du rapport positif à soi et de l'identité. », PACHOUD, B., et al. *Rapport final du séminaire interdisciplinaire « Handicap psychique et réinsertion professionnelle »*. Évaluation et modalités de soutien à la réinsertion. Action de recherche Mire-DREES. Paris : Mire-DREES, 2008.

⁶⁴ BEULNE T., DANDOY S., *La place de l'Esat dans la réadaptation sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. Les handicaps psychiques, Concepts, approches, pratiques*, sous la direction de ZRIBRI G., BEULNE T., Presses de l'Ehesp, 211 p. 2009.

⁶⁵ FROMAGE A., Implantation du programme individualisé de placement et de soutien à l'emploi (ips) au Saguenay, Juin 2011.

⁶⁶ BOUVET, C. (2008). *La perspective du travail comme média thérapeutique en psychiatrie : étude psychodynamique de trois patientes schizoéphrènes en soin de réadaptation*. L'évolution psychiatrique, 73(4), 655-666.

⁶⁷ BOUVET, C. (2008), *op. cit.*

⁶⁸ Préambule de la constitution de la V^e République.

⁶⁹ De PIERREFEU I, CHARBONNEAU C, *Deux structures d'insertion professionnelle de format hybride pour personnes avec un trouble mental : les Esat de transition de Messidor (France) et Accès-Cible SMT (Québec)*, l'Encéphale, Paris, 2014, 40, S66-S74.

⁷⁰ P. 5 PACHOUD B., CORBIERE M., *Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves : résultats et pistes de recherche*, l'Encéphale, 2014, vol. 40 pp. S33- S44.

DÉFINITIONS

Dans le domaine de l'insertion professionnelle des personnes, la notion de « **placer puis former** » (*place and train*) remplace désormais celle de « **former puis placer** » (*train and place*).

Le modèle « **place and train** » (**placer puis former**) est appelé en France « le soutien à l'emploi »⁷¹ ou « emploi accompagné », (« Job coaching » dans les pays anglo-saxons ou « emploi assisté » au niveau de l'Union Européenne). En effet, des études⁷² ont mis en évidence une efficacité accrue des méthodes d'immersion rapide dans le travail avec un service d'accompagnement sur les méthodes de préparation à l'entrée du monde du travail. Il est donc important de questionner l'opportunité de proposer à la personne des activités préparatoires à l'emploi. L'objectif étant, dans la logique de la loi du 11 février 2005, de privilégier l'accès direct au milieu ordinaire de travail plutôt que dans l'emploi protégé grâce à un soutien personnalisé mis en œuvre par les « conseillers en insertion professionnelle » (appelés *Job coach* dans les pays anglo-saxons). Il s'agit de partir des facultés adaptatives (compétences) de la personne et de ses relations avec le groupe, de la former et de la soutenir. Ce type d'accompagnement n'existe pas ou peu en France mais, existe dans de nombreux pays européens. En France, il est mis en œuvre de façon partielle par les conseillers en insertion professionnelle des SAVS (lorsqu'ils existent), certains services spécialisés (appelés Service d'insertion en milieu ordinaire (SIMOT) ou Dispositif d'insertion en milieu ordinaire de travail sur certains territoires (DIMO)) et certains Esat.

Le modèle « **train and place** » (« **entraîner ou former puis réinsérer** ») envisage le réentraînement au travail comme un préalable à l'insertion professionnelle. Cet accompagnement est mis en œuvre au sein des CPO-CRP, certains Esat, les entreprises adaptées, les entreprises d'insertion, etc. Il s'agit du modèle traditionnel dans le secteur du handicap.

Il existe également des dispositifs hybrides couplant, dans un même lieu, des dispositifs de « train and place » et des dispositifs de « soutien dans l'emploi », afin de permettre aux personnes de s'inscrire dans une logique de parcours. Certains Esat dits « de transition » fonctionnent sur ce modèle. Leur objectif étant, tout en mettant en œuvre un temps de préparation à l'emploi, de construire avec la personne un programme d'accompagnement dans le milieu ordinaire⁷³.

Cet accompagnement vers et dans le milieu ordinaire est préconisé dans la circulaire budgétaire de 2015⁷⁴ qui prévoit des financements spécifiques pour les Esat qui développent des pratiques de repérage et d'accompagnement des travailleurs handicapés vers et dans le milieu ordinaire.

NOTE AU LECTEUR

Dans cette partie, est abordée la situation des personnes qui ne disposent pas d'emploi.

L'accès ou le retour à l'emploi relève des missions des Cap Emploi et des CRP-CPO. Certains Esat, SAVS et Samsah ont, dans le cadre de leur projet d'établissement, développé ces missions. Cette partie s'adresse donc aux professionnels ayant intégré cette dimension dans leur projet d'établissement ou de service. En outre, elle invite tous les professionnels à la développer et/ou à articuler leur action avec les dispositifs les mettant en œuvre sur le territoire.

⁷¹ PACHOUD, B., ALLEMAND, C. Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de « job coaching ») : une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. *L'évolution psychiatrique*, 2013, vol. 78, pp. 107-117.

⁷² P. 55 *Recherche documentaire sur les dispositifs de prise en charge du handicap psychique. Rapport de synthèse*, Mars 2014, 101 p. Anesm.

⁷³ PACHOUD, B., CORBIERES, M. *Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves : résultats et pistes de recherche*. L'Encéphale, 2014, vol. 40, S2.

⁷⁴ Instruction n° DGCS/3B/5C/5A/2015/168 du 27 mai relative à la campagne budgétaire des établissements et services d'aide par le travail (Esat) pour l'exercice 2015.

Effets attendus

- Les personnes développent leur estime d'elles-mêmes et leur bien-être grâce à la reconnaissance sociale que leur apporte leur insertion professionnelle.
- L'inclusion sociale est favorisée.
- La personne bénéficie d'un accompagnement personnalisé durable vers et dans l'emploi.
- L'accès en milieu ordinaire de travail est systématiquement envisagé en première intention, en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.
- La (re)construction professionnelle permet de ne pas se définir à partir de la maladie.
- Les personnes décident de leur projet professionnel. Elles sont actrices. Leur pouvoir d'agir est restauré.
- Les professionnels de l'ESSMS interviennent en coordination avec les intervenants de l'insertion professionnelle, du soin et les autres acteurs de l'accompagnement autour du projet professionnel de la personne. La continuité et la cohérence du parcours d'insertion professionnelle est assurée.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↘ Recueillir auprès de la personne ses attentes vis-à-vis de l'emploi et de la formation (y compris dans le milieu ordinaire), même si elle apparaît *a priori* éloignée de l'emploi. Retracer avec elle son parcours professionnel et/ou de formation.
- ↘ Accompagner la personne dans l'analyse de sa demande en favorisant son positionnement en tant d'acteur dans sa démarche d'insertion professionnelle. L'aider à prendre en compte⁷⁵ :
 - Les facteurs liés à sa personne :
 - sa motivation, sa valeur investie dans le travail et ses représentations du travail, son intérêt financier potentiel à exercer un emploi ;
 - la stabilisation de ses symptômes, ses troubles cognitifs, difficultés relationnelles, mise en place d'un suivi médical régulier ;
 - ses éventuelles difficultés dans la vie quotidienne (mobilité, etc.) ;
 - son parcours de formation, parcours professionnel et ses compétences.
 - les facteurs liés à son environnement social :
 - offre concernant l'accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées psychiques sur le territoire et efficacité des partenariats avec les acteurs d'insertion professionnelle (Pôle Emploi, Mission Locale, Cap Emploi, etc.) ;
 - soutien de son environnement social et familial ;
 - valeur investie par son environnement familial dans le travail ;
 - situation du marché du travail sur le territoire et exigences des employeurs.

POINT DE VIGILANCE

Même si des difficultés liées aux troubles psychiques entravent l'accès à l'emploi, celles-ci peuvent être en partie compensées par la **motivation de la personne** qui doit donc être largement prise en compte dans la phase d'évaluation⁷⁶.

⁷⁵ CHOI KH., FISZDON J., BELL M., Beyond cognition: a longitudinal investigation of the role of motivation during a vocational rehabilitation program. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2013, vol. 201 n° 3, pp. 173-178.

⁷⁶ PACHOUD B., LEPLÈGE A., PAGNOL A., « la problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte ». Revue française des affaires sociales, 2010, n° 1, pp. 257- 277.

- ↳ Prendre connaissance de la nature de la notification de la MDPH concernant la qualité de travailleur handicapé : ordinaire ou protégé.
- ↳ Retracer avec elle les démarches réalisées pour accéder à un emploi et recueillir les « personnes ressources » qu'elle a repérées pour son insertion professionnelle (par exemple : conseiller Pôle Emploi, aidant familial, services spécialisés, psychiatre, etc.).
- ↳ Désigner le professionnel qui sera référent de son parcours d'insertion professionnelle au sein de l'ESSMS ou identifier, s'il existe, un professionnel à l'extérieur.
- ↳ Travailler en partenariat :
 - avec Cap Emploi et les entreprises adaptées (lorsque la personne est reconnue en qualité de travailleur handicapé avec une orientation en milieu ordinaire de travail);
 - avec les Esat (lorsque la personne a une orientation en milieu protégé).

L'accompagnement de la personne

- ↳ Co-construire avec la personne et en partenariat avec les autres intervenants (Pôle Emploi, Cap Emploi, Mission Locale, CPO-CRP, Esat, entreprises adaptées, chantiers d'insertion, service spécialisé dans l'emploi des personnes handicapées, MDPH, service social de secteur, etc.) les modalités de mises en œuvre des différentes étapes de son projet professionnel, en tenant compte de son rythme. Selon le modèle « Accès Santé Mentale Cible⁷⁷ » du programme de soutien à l'emploi, ces étapes peuvent être au nombre de six :
 - la réalisation d'un bilan personnel et professionnel (qui inclut l'évaluation des besoins de formation);
 - une formation sur les méthodes et outils de recherche d'un stage;
 - la mise en œuvre d'un stage d'observation et d'exploration en milieu de travail permettant une évaluation par une mise en situation réelle de travail (de type, par exemple, atelier de diagnostic professionnel, tests d'habiletés techniques, stage, etc.);
 - une formation sur les méthodes et outils de recherche d'emploi;
 - la recherche d'un emploi (en milieu ordinaire, en entreprise adaptée, ou en Esat), d'une formation ou d'un emploi de transition (en entreprise d'insertion, dans un Atelier d'adaptation à la vie active (AVA), etc.);
 - le soutien à la prise de poste et tout au long de son activité professionnelle, aussi longtemps que la personne en a besoin.
- ↳ Évaluer systématiquement l'intérêt d'une immersion rapide en milieu de travail avec un service d'accompagnement en comparaison à des activités préparatoires à l'emploi⁷⁸.
- ↳ Réaliser un bilan avec la personne en analysant les « facteurs clés de réussite » de son insertion professionnelle (en fonction des expériences précédentes, de sa connaissance de ses compétences/potentiels) et ses zones de fragilités. Ce bilan peut s'appuyer sur des outils tels que Tactis-Test d'aptitude et de compétence au travail et à l'insertion sociale, l'outil « obstacles à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter », la Career Search Efficacy Scale (Scses)⁷⁹, etc.

⁷⁷ PIERREFEU I, CHARBONNEAU C., *Deux structures d'insertion professionnelle de format hybride pour personnes avec un trouble mental : les Esat de transition de Messidor (France) et Accès-Cible SMT (Québec)*, l'Encéphale, Paris, 2014.

⁷⁸ Des études mettent en évidence une efficacité accrue des méthodes d'immersion rapide dans le travail sur les méthodes de préparation à l'entrée du monde du travail. P. 55, Recherche documentaire sur les dispositifs de prise en charge du handicap psychique. Rapport de synthèse, Mars 2014, 101 p. Anesm.

⁷⁹ P. 45-46, BARREYRE, J.-Y., MAKDESSI, Y. « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations ». Recherche documentaire. Volet 1. Paris : Cédias, CNSA, 2007. 87 p.

- ↳ En fonction des besoins repérés et des attentes formulées par la personne, l'orienter vers son médecin pour envisager l'opportunité de bénéficier d'un programme de remédiation cognitive⁸⁰ ou d'autres techniques/outils susceptible de favoriser son insertion professionnelle. Intervenir en coordination avec ces acteurs.
- ↳ À toutes les étapes du projet, aider la personne à se réapproprier et à consolider son pouvoir d'agir et à reconstruire la confiance en soi en :
 - la positionnant au centre des décisions qui la concernent, et notamment son parcours d'insertion ;
 - l'accompagnant à réapprendre à faire des choix dans les différentes sphères de sa vie ;
 - l'aidant à prendre conscience de ses potentiels, qualités, acquisitions et forces ;
 - l'aidant à améliorer sa communication et ses relations interpersonnelles ;
 - l'aidant à identifier les barrières personnelles à l'emploi dans une perspective de changement ;
 - l'aidant à prendre en compte certaines réalités objectives (absence d'emploi dans certains secteurs, niveaux requis pour certaines formations, etc.) ;
 - proposant des expérimentations et des immersions dans le milieu de travail par des stages de courtes durées pour actualiser et donner forme à l'exercice théorique de remise en valeur⁸¹.
- ↳ Privilégier, pour les différentes étapes de la construction du projet professionnel (bilan, recherche de stage, etc.), l'approche en groupe afin de favoriser l'entraide et l'exercice des habiletés relationnelles⁸².
- ↳ Tout au long du projet, inviter la personne à informer son psychiatre et/ou son médecin traitant des démarches entreprises dans le domaine de l'emploi ou de la formation pour lui permettre de réévaluer si nécessaire sa prise en charge médicale, et notamment son traitement.

ILLUSTRATIONS

PAROLE D'UNE PERSONNE ACCOMPAGNÉE

« Les effets secondaires des traitements peuvent entraver le maintien dans l'emploi, mais surtout la reprise du travail si ces derniers ont trop fort »

PRATIQUES DE PROFESSIONNELS D'UN CENTRE DE FORMATION

« Lors de l'accueil en stage de la personne handicapée psychique, il nous arrive parfois d'appeler le psychiatre de la personne avec elle pour échanger sur le traitement et envisager une diminution. Si nous n'accompagnons pas les personnes, elles n'osent pas en parler à leur psychiatre. C'est vrai qu'il faut savoir parler à son psychiatre. Un groupe de stagiaires handicapés psychiques avaient d'ailleurs rédigé un guide "savoir parler à son psychiatre". »

- ↳ Tout au long du projet, réaliser des points d'étapes (en coordination avec les autres intervenants-formateurs, conseiller Pôle Emploi, service social de secteur, etc.) pour co-construire des solutions pour :
 - faire face aux éventuelles difficultés rencontrées dans le projet professionnel (pour les transports, pour gérer les éventuelles craintes et angoisses, pour respecter les horaires, reconnaître et respecter les codes relationnels, vestimentaires, etc.), etc. ;
 - coordonner avec le projet de logement/hébergement, adapter le projet de soins, etc.

⁸⁰ Les études : MCGurk SR, Mueser KT, Feldman K., et al A cognitive training for supported employment : 2-3 years outcomes of a randomized controlled trial. *AM J Psychiatry* 2007 ; 164 : 437-41. mettent en évidence une efficacité de la remédiation cognitive dans le parcours d'accès à l'emploi.

⁸¹ DE PIERREFEU I, CHARBONNEAU C., *Op. cit.*

⁸² DE PIERREFEU I., CHARBONNEAU C., *op. cit.*

- ▾ En fonction des demandes formulées par la personne, faciliter l'intégration dans le poste de travail en coordination avec le service de santé au travail et/ou la mission handicap de la DRH de l'entreprise :
 - co-construire avec elle un « plan de gestion des informations personnelles » (c'est-à-dire les éléments à transmettre ou non) auprès de son employeur, en utilisant par exemple des outils d'aide à la décision⁸³ ;
 - faciliter l'identification, par la médecine du travail, des besoins en aménagement de son poste de travail ;
 - se rendre disponible auprès de l'employeur et des collègues, pour répondre à leurs éventuelles questions ;
 - envisager de former un professionnel référent au sein de l'entreprise et s'appuyer sur la mission handicap si elle existe ;
 - envisager de formaliser les modalités d'intervention par une convention entre la personne, l'employeur et l'ESSMS.

ILLUSTRATIONS

PAROLE D'UNE PERSONNE ACCOMPAGNÉE

« Le plus important est la passation d'informations aux employeurs et/ou professionnels accompagnants (moniteurs d'ateliers, éducateurs techniques spécialisés), pour la personne handicapée mais aussi pour les professionnels qui, pour bien accueillir et accompagner la personne, doivent savoir en amont les difficultés et le besoin de la personne. À mon arrivée, les moniteurs d'atelier n'étaient pas suffisamment informés sur mes besoins et mes difficultés. À cause de cela, l'intégration a mis plus de temps qu'elle ne l'aurait dû. Pour remédier à ce genre de problématique, l'intégration doit se faire par différentes étapes et sous la forme de rencontres physiques et/ou de stages professionnels. »

PAROLES DE PROFESSIONNELS

« Avant chaque intégration en entreprise, nous rencontrons l'employeur et les collègues qui vont accueillir la personne. Nous réalisons une information collective sur les handicaps en général. Ensuite, on parle du handicap psychique et puis, nous écoutons les questionnements. Ce qui revient le plus souvent, c'est la peur de la violence. Nous sommes donc là pour informer et expliquer. Il me semble important de préparer le terrain »

- ▾ Poursuivre l'accompagnement lorsque la personne est dans l'emploi.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ▾ Intégrer les questions relatives à l'insertion professionnelle et à la formation (dans le milieu ordinaire et protégé) dans le projet de l'ESSMS en précisant ce qui est réalisé par les professionnels de l'ESSMS (dans le cadre d'accompagnement individuel ou en groupe) et dans le cadre du partenariat (avec Pôle Emploi, Cap Emploi, les services d'emploi accompagné, le cas échéant etc.).
- ▾ Sensibiliser les professionnels de l'ESSMS à la question de l'emploi.
- ▾ Faire évoluer le projet d'établissement ou de service pour répondre aux besoins des personnes accueillies dans le domaine professionnel :
 - en construisant des partenariats avec les acteurs de l'emploi sur le territoire ;

ou

 - en désignant un/des conseiller(s) chargé des parcours d'insertion professionnelle.

⁸³ CORBIERE M., VILLOTI P., THOT K., WAGHORN G., *la divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail : deux notions pour comprendre le maintien en emploi de personnes aux prises avec un trouble mental grave*. L'Encéphale, 2014, vol. 40, pp. 91-102.

- ↳ Soutenir et développer les compétences des conseillers en insertion professionnelle :
 - en les formant aux techniques d'accompagnement dans l'emploi et à la remédiation cognitive ;
 - s'assurant qu'ils bénéficient du soutien nécessaire (analyse des pratiques, travail en réseau avec d'autres conseillers en insertion professionnelle, etc.).
- ↳ Définir le rôle du conseiller chargé du parcours d'insertion professionnelle. Il doit par exemple⁸⁴ :
 - accompagner la personne dans ses processus décisionnels et partager avec elle autant les succès que les échecs reliés aux décisions qu'elle a pris et qu'elle assume ;
 - développer des liens avec les partenaires (entreprises, etc.) ;
 - coordonner l'intervention des différents acteurs autour de l'insertion professionnelle de la personne ;
 - valoriser les compétences des personnes et repérer leurs obstacles.
- ↳ Évaluer l'effectivité :
 - du recueil systématique, au minimum une fois par an, des besoins et attentes des personnes quant à l'emploi (y compris dans le milieu ordinaire) et la formation ;
 - des mises en situations réelles de travail ;
 - des taux d'insertion dans le milieu ordinaire de travail.

Le partenariat

- ↳ Identifier les intervenants de l'insertion professionnelle et de la formation (Pôle Emploi, Mission Locale, Cap Emploi, MDPH, CRP-CPO, centre de formations, chantiers d'insertion, entreprises, Entreprises adaptées (EA), Esat, services spécialisés dans l'insertion professionnelle/d'emploi accompagné, Clubhouse, ateliers thérapeutiques dans certains secteurs de psychiatrie, centres mettant en œuvre des techniques de remédiation cognitive ou d'autres techniques susceptibles de faciliter l'insertion professionnelle, etc.) :
 - en recueillant les annuaires et guides du territoire⁸⁵ ;
 - en rencontrant le référent insertion professionnelle de la MDPH ;
 - en prenant connaissance du Plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) ;
 - en intégrant le Plan local d'insertion par l'économie (Plie) ;
 - en intégrant les réseaux dans le domaine du handicap psychique et de l'emploi (collectif national pour l'emploi accompagné, etc.).
- ↳ Identifier le/les interlocuteur/s qui auront un rôle de référent dans le travail partenarial au sein des structures.
- ↳ Travailler en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH afin de construire des orientations/notifications qui répondent au caractère variable et évolutif des troubles (par exemple, des doubles notifications foyer de vie et Esat afin de faciliter les insertions progressives).
- ↳ Proposer de participer aux groupes de travail pour l'élaboration des schémas relatifs à l'activité professionnelle des personnes handicapées (PRITH), piloté par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Dircecte), programmes territoriaux impulsés par les ARS, etc.) afin d'informer des besoins non couverts (en termes de service d'accompagnement à l'emploi dans le milieu ordinaire, de places d'Esat, etc.) et proposer des solutions. Impulser la participation directe des personnes accompagnées dans ces groupes.
- ↳ Évaluer au minimum une fois par an le travail partenarial avec les acteurs de l'insertion professionnelle (ordinaire et protégé).

⁸⁴ DE PIERREFEU, CHARBONNEAU, *op. cit.*

⁸⁵ Exemples : le *Guide handicap psychique et emploi en Seine-Saint-Denis*, *Guide santé mentale handicap psychique de la Corrèze*, *Guide pour mieux comprendre et accompagner les personnes handicapées psychiques dans leur insertion professionnelle en Île-de-France*, etc.

2 FACILITER LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI OU LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET PRÉVENIR LES RUPTURES DE PARCOURS PROFESSIONNEL

La variabilité des troubles, l'absentéisme potentiel et la fatigabilité de la personne, s'ils ne sont pas compris par l'environnement professionnel, peuvent hypothéquer le maintien dans l'emploi de la personne et engendrer des ruptures (licenciement, arrêts maladies de longues durées, incompréhensions, etc.). Il apparaît en effet que le maintien dans l'emploi est une problématique majeure des personnes handicapées psychiques. Des études soulignent que la majorité des personnes qui ont acquis un emploi dans le milieu ordinaire ne parviennent pas à conserver cet emploi dans les six premiers mois et seulement un faible pourcentage parvient à se maintenir dans son emploi plus d'une année⁸⁶. Cette difficulté est moins importante lorsque la personne travaille dans une entreprise sociale (Esat, EA, etc.). Il apparaît par ailleurs que le maintien dans l'emploi est largement dépendant de l'environnement, et plus particulièrement du soutien du supérieur hiérarchique et des collègues de travail⁸⁷.

Ainsi, l'enjeu pour les professionnels est de repérer avec la personne ses éventuelles difficultés pour mettre en place l'accompagnement susceptible de faciliter son maintien dans l'emploi. L'enjeu est également de repérer, avec la personne et en coordination avec le médecin du travail, les aménagements qui susceptibles de favoriser son maintien dans l'emploi. Ces aménagements peuvent être de différentes natures :

- aménagement du temps de travail (temps partiel, temps de travail annualisé, journées sans solde, etc.), des horaires (par exemple, possibilité de travailler plus tard le matin, des périodes de travail flexibles), du rythme (allègement des cadences, etc.) ;
- aménagement de l'organisation du travail (plus ou moins grande autonomie) ;
- aménagement des modalités de l'accompagnement par l'encadrement (points réguliers pour réassurance et valorisation, définitions d'objectifs précis, etc.), par un tuteur/référent au sein de l'entreprise, un coach ;
- aménagement des tâches proposées (simplification, etc.) ;
- mise en place de fiches techniques, de repères écrits, etc. ;
- adaptation de l'environnement relationnel (télétravail, sensibilisation des collègues, etc.) ;
- etc.

Effets attendus

- Le maintien dans l'emploi des personnes est assuré.
- Les ruptures sont prévenues.
- Les personnes disposent d'aménagements personnalisés de leur poste de travail.
- Les professionnels s'assurent que les personnes bénéficient de l'accompagnement adéquat au sein de l'emploi qu'elles occupent.
- L'articulation entre les professionnels de l'ESSMS et les partenaires de l'emploi et de la formation est facilitée.
- Les professionnels s'inscrivent dans une évolution de leurs pratiques au bénéfice d'un maintien dans le milieu ordinaire.

⁸⁶ CORBIERE, M., VILLOTTI, P., TOTH, K., WAGHORN, G. La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail : deux notions pour comprendre le maintien en emploi de personnes aux prises avec un trouble mental grave. *L'Encéphale*, 2014, vol. 40, S91-S102.

⁸⁷ *Op. cit.*

RECOMMANDATIONS**La phase d'admission**

- ↳ Réaliser un bilan de la situation de la personne vis-à-vis de l'emploi :
 - inviter la personne à faire part des succès et des éventuelles difficultés rencontrées dans son travail (surinvestissement, fatigue importante, difficultés relationnelles avec les collègues ou la hiérarchie, problèmes de concentration, etc.);
 - lui demander si elle a informé son employeur/formateur et ses collègues de ses besoins spécifiques en lien avec son handicap;
 - faire le point avec elle sur les personnes qu'elle a repérées comme des « personnes ressources » pour l'accompagner dans son travail (médecine du travail, référent au sein de l'entreprise, collègues, aidant familial, etc.).

L'accompagnement de la personne

- ↳ Co-construire avec la personne et son référent dans son entreprise, l'accompagnement nécessaire à son maintien dans l'emploi dans le milieu ordinaire ou son évolution professionnelle. Par exemple :
 - en intervenant en médiation (directe ou indirecte) auprès de son employeur ou de ses collègues pour les informer des besoins spécifiques en lien avec son handicap. Identifier avec elle l'interlocuteur le plus à même de délivrer cette information (elle-même, un professionnel de l'entreprise, de l'ESSMS, etc.);
 - en l'aidant la personne à identifier ses besoins en aménagement de poste de travail, en coordination avec les autres intervenants (et notamment le médecin du travail);
 - en renforçant l'accompagnement dans la vie quotidienne et courante⁸⁸;
 - en invitant la personne à échanger avec son médecin;
 - en l'accompagnant vers des dispositifs de maintien dans l'emploi (médecine du travail, prestataire dans le cadre d'une prescription de Cap Emploi, etc.);
 - en co-construisant, si elle le souhaite, un nouveau projet professionnel (recherche d'un nouvel emploi plus adapté, etc.);
 - etc.

ILLUSTRATION - PAROLE D'UNE PERSONNE ACCOMPAGNÉE

« Je suis un agent polyvalent en électricité, plomberie, menuiserie, travaux en tous genres, espaces verts, dans une école d'ingénieur. Mon chef d'équipe a été informé dès le début de mon handicap. Une fois par mois en moyenne, il rencontre mon référent : on réfléchit ensemble sur mes difficultés, sur la manière d'être opérationnel. »

- ↳ Être particulièrement vigilant lors des changements et des transitions (changement de poste, retour d'hospitalisation, événement familial, etc.)

⁸⁸ Voir chapitre sur « la vie quotidienne et courante. »

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Intégrer, dans le projet d'ESSMS, les missions dans le domaine du maintien dans l'emploi, les modalités pratiques et l'articulation avec les partenaires.
- ↘ Envisager, dans le projet d'ESSMS, les possibilités d'intervention sur le lieu de travail de la personne.
- ↘ Évaluer les pratiques dans le domaine du maintien dans l'emploi en se dotant de critères de suivi, par exemple, le nombre de personnes accompagnées ayant bénéficié d'un aménagement de leur poste de travail.

Le partenariat

- ↘ Identifier les acteurs chargés du maintien dans l'emploi : Sameth, Cap Emploi, services de santé au travail, responsable des missions handicap des entreprises ou des services publics, etc.
- ↘ Travailler en partenariat avec ces acteurs.

3 ADAPTER LE PROJET DE L'ESAT (ÉTABLISSEMENT ET SERVICE D'AIDE PAR LE TRAVAIL) AUX SPÉCIFICITÉS DU HANDICAP PSYCHIQUE

La majorité des Établissements et services d'aide par le travail (Esat) ont été créés pour répondre aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap en raison d'une déficience intellectuelle. Ces Esat doivent désormais s'adapter pour mieux répondre aux spécificités du handicap psychique.⁸⁹

Les principales caractéristiques du handicap psychique ayant un impact sur le travail sont les suivantes :

- les personnes n'ont pas de déficience intellectuelle. Pour certaines d'entre elles, la situation de handicap est apparue au cours de leur existence. De ce fait, elles ont parfois fait des études supérieures et exercé des emplois en milieu ordinaire qui se sont souvent déroulés de façon chaotique, parfois entrecoupés de périodes d'hospitalisation ;
- les personnes ont souvent une faible estime d'elles-mêmes et sont en attente de reconnaissance sociale ;
- elles peuvent avoir des troubles cognitifs et des difficultés relationnelles ;
- les personnes peuvent être très fatigables en raison des troubles psychiques et des effets secondaires de leur traitement ;
- les troubles des personnes sont variables et évolutifs, et par conséquent les capacités de travail ;
- les personnes ont besoin de soins médicaux. L'absentéisme peut être important.

En raison du caractère évolutif des troubles, l'Esat peut constituer une étape de transition vers le milieu ordinaire. Or, les pratiques d'accompagnement vers le milieu ordinaire sont encore peu développées dans les Esat. Il convient donc de les renforcer, au sein de l'Esat et/ou en travaillant en partenariat avec les structures les mettant en œuvre.

⁸⁹ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat* (Anesm, 2014.)

Effets attendus

- Les activités professionnelles de l'Esat sont conciliables avec la fatigabilité potentielle des personnes, la variabilité des troubles et la mise en œuvre des soins médicaux.
- Les personnes ont accès à des emplois qui correspondent à leurs compétences, leurs capacités intellectuelles, leurs attentes et leurs besoins. Ces activités leur procurent de l'estime de soi et de la reconnaissance sociale.
- L'Esat propose un accompagnement au parcours d'insertion dans le milieu ordinaire⁹⁰. La personne est actrice de ce parcours.
- Les professionnels de l'Esat connaissent les dispositifs relatifs au soutien dans l'emploi existant sur le territoire (Cap Emploi, services spécialisés, etc.). Ils interviennent en complémentarité avec ces acteurs.
- Pour certains travailleurs, l'Esat constitue une transition.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↳ Informer la personne des prestations proposées par l'Esat et notamment celles visant l'insertion dans le milieu ordinaire de travail.
- ↳ Informer la personne de la réévaluation régulière de son projet afin de l'accompagner, le cas échéant, dans la mise en œuvre de son projet d'insertion dans le milieu ordinaire.

L'accompagnement de la personne

- ↳ Échanger régulièrement avec la personne sur ses attentes et ses besoins, *a minima* chaque année lors de la réévaluation du projet professionnel.
- ↳ Renforcer et/ou diminuer ponctuellement l'accompagnement et/ou le temps et la charge de travail, pour tenir compte de la variabilité des troubles et des rythmes d'apprentissage. Se baser sur la demande de la personne, la médecine du travail ou son entourage.
- ↳ Faciliter le retour au sein de l'Esat après les hospitalisations. Co-construisant avec la personne, le service de soins et le service social de la Carsat, les conditions qui vont faciliter ce retour. Par exemple : prise en charge conjointe dans un premier temps hôpital de jour-CATTP/Esat, passage par un atelier de transition de type SA-Esat, un atelier thérapeutique au sein d'un secteur psychiatrique, etc.

La phase de sortie de l'Esat

- ↳ Évaluer avec la personne son éventuel projet d'insertion dans le milieu ordinaire. Co-construire les différentes étapes de son parcours menant à la sortie de l'Esat⁹¹ en tenant compte de ses besoins en formation professionnelle.

L'organisation de l'établissement ou du service d'aide par le travail

- ↳ Mettre en place des espaces d'accueil, d'écoute et de « répit » pour les personnes ayant besoin de se ressourcer et d'échanger : soutien psychologique ou infirmier, partenariat avec un GEM, un CATTP, etc.

ILLUSTRATION - PAROLES DE PERSONNES ACCOMPAGNÉES

« La psychologue est là au cas où, si on en a besoin. Elle est là si on craque, pour nous soutenir. »

⁹⁰ Instruction n° DGCS/3B/5C/5A/2015/168 du 27 mai relative à la campagne budgétaire des établissements et services d'aide par le travail (Esat) pour l'exercice 2015.

⁹¹ Cf. L'accompagnement à l'emploi, à la formation et aux activités. 1. Co-construire, avec la personne son projet d'accès ou de retour à l'emploi en coordination avec les autres intervenants

- ↳ Faciliter l'accès aux soins médicaux en intégrant si nécessaire les rendez-vous médicaux dans le temps de soutien et en permettant aux personnes d'aménager leur temps de travail pour s'y rendre.
- ↳ Développer, autant que possible, des emplois variés au sein de l'Esat pour correspondre aux centres d'intérêt des personnes et permettre à chacun de développer ses potentialités (intellectuelles, relationnelles, manuelles, etc.). Faire évoluer les emplois proposés en associant les travailleurs, dans le cadre du CVS ou d'instances *ad hoc*.
- ↳ Garantir l'accès à la formation professionnelle continue des travailleurs de l'Esat.
- ↳ Garantir des emplois dont l'exigence de productivité (en termes de qualité et de vitesse) est proche et/ou identique à celle du milieu ordinaire et qui constituent de ce fait une transition vers le milieu ordinaire⁹².
- ↳ Garantir des emplois hors les murs, c'est-à-dire qui se réalisent directement chez les clients (et non au sein de l'Esat), avec ou sans encadrant de l'Esat.

ILLUSTRATION

Un Esat hors les murs, sans atelier, a été construit en partenariat avec plusieurs municipalités. Des services publics, mairies, hôpitaux, administrations et associations fournissent des emplois correspondant aux compétences des personnes dans un panel de plus de 500 métiers dans le milieu ordinaire.

- ↳ Mener une réflexion sur le temps de moniteur d'atelier nécessaire pour soutenir la progression des compétences professionnelles et relationnelles des personnes⁹³.
- ↳ Intégrer les possibilités de travail à temps partiel et de prise en charge conjointe (par exemple, avec un lieu d'accueil de jour, un CATTP, un atelier thérapeutique au sein d'un hôpital psychiatrique, etc.) dans le projet de l'Esat et le mentionner dans le livret d'accueil⁹⁴.
- ↳ Identifier ou mettre en place des ateliers, selon les ressources disponibles, permettant de réintégrer progressivement les exigences du travail après un long arrêt dans l'activité professionnelle ou au retour d'une hospitalisation (de type SA-Esat, SAS, ateliers « passerelles », de « transition », « relais », etc.).
- ↳ Intégrer un volet insertion dans le milieu ordinaire dans le projet de l'Esat⁹⁵.
- ↳ Désigner les professionnels dédiés à l'accompagnement du parcours professionnel et du projet d'insertion dans le milieu ordinaire (par exemple, des conseillers d'insertion professionnelle).
- ↳ Intégrer le droit au retour en cas « d'échec » de l'insertion dans le milieu ordinaire afin de faciliter la prise de risque et le parcours.
- ↳ Envisager, en lien avec les autorités de contrôle et de tarification de développer des pratiques de type « emploi accompagné. »⁹⁶ Les financements peuvent être mobilisés au titre des Esat, Samsah, SAVS, de crédits expérimentaux (par le biais de financeurs tels que l'Agefiph/FIPHPF, l'ARS, etc.)

⁹² PIERREFEU, CHARBONNEAU, *op. cit.*

⁹³ PIERREFEU, CHARBONNEAU, *op. cit.*

⁹⁴ P. 27-28 *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs en Esat* (Anesm, 2014).

⁹⁵ LE HOUEROU. Dynamiser l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire. Aménager les postes et accompagner les personnes, Assemblée nationale, septembre 2014.

⁹⁶ Respir'oh, FEGAPEI. *Étude d'opportunités sur l'emploi accompagné*. Paris : Fegapei – GPS Emploi, 2014.

- ↘ Intégrer dans le cadre du dialogue de gestion les spécificités induites par le handicap psychique, c'est-à-dire :
 - des taux d'occupations prenant en compte les hospitalisations éventuelles des travailleurs ;
 - des taux d'occupations permettant de mettre en œuvre le droit au retour garanti par la loi (cf. article L. 344-2-5 du CASF) et la fluidité du parcours.
- ↘ Évaluer les pratiques relatives à insertion dans le milieu ordinaire en se dotant de critères de suivi, par exemple, le taux d'insertion dans le milieu ordinaire.

Le partenariat

- ↘ Travailler en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH afin de faciliter la fluidité du parcours dans le milieu ordinaire ainsi que la conciliation d'activités professionnelles et non-professionnelles (exemple : notification Esat+accueil de jour).
- ↘ Solliciter des compétences complémentaires à celles des professionnels de l'Esat (médecin du travail, psychologue, psychiatre, etc.) afin d'aménager les postes de travail et de construire des outils pour compenser les éventuels troubles cognitifs (planification, mémorisation, concentration, repérage spatio-temporel, mobilisation du savoir, jugement et raisonnement logique, etc.) et/ou relationnels (difficultés à comprendre les codes sociaux, à trouver la « bonne distance », etc.).⁹⁷
- ↘ Renforcer le partenariat avec les acteurs de l'insertion professionnelle (Pôle Emploi, Cap Emploi, services d'emplois accompagnés), de la formation professionnelle, de l'entreprise (dont les entreprises adaptées), et les dispositifs « passerelles » (chantiers d'insertion, contrats en alternance, etc.).

ILLUSTRATION

Un Esat dispose d'un référent insertion professionnelle. Celui-ci est mis à disposition par Pôle Emploi ce qui permet une information en continu sur les dispositifs d'aide à l'emploi.

RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LES ESAT

- Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat (Anesm, 2014)

⁹⁷ GALAXIE, CERPE. L'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, handicap, compensation et aménagement approprié. VIDAL-NAQUET P., Annexe « les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap au regard de l'emploi », 73 p. en se basant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat, 2014, pp. 44 à 47.

CO-CONSTRUIRE AVEC LA PERSONNE SON PROJET D'ACCÈS OU DE RETOUR À L'EMPLOI, EN COORDINATION AVEC LES AUTRES INTERVENANTS

- Recueillir auprès de la personne ses attentes vis-à-vis de l'emploi et de la formation (y compris dans le milieu ordinaire), même si elle apparaît a priori éloignée de l'emploi.
- L'accompagner dans l'analyse de sa demande en favorisant son positionnement d'acteur.
- Prendre connaissance de la nature de sa notification de la MDPH concernant sa qualité de travailleur handicapé.
- Retracer avec elle ses démarches réalisées pour accéder à un emploi.
- Désigner le professionnel qui sera référent de son parcours d'insertion professionnelle au sein de l'ESSMS ou identifier, s'il existe, un professionnel à l'extérieur (Cap emploi, etc.).
- Co-construire avec elle les modalités de mises en œuvre des différentes étapes de son projet professionnel, en tenant compte de son rythme.
- Réaliser un bilan sur les « facteurs clés de réussite » de son insertion professionnelle, en fonction des expériences précédentes, mais aussi sur la connaissance qu'elle peut avoir sur elle-même sur ses compétences/potentiels et ses zones de fragilités.
- Intervenir en coordination avec les autres acteurs de l'accompagnement, tant dans la phase d'analyse des besoins que de mise en œuvre du projet.
- Lors de toutes les étapes du projet, aider la personne à se réapproprier et à consolider son pouvoir d'agir et à reconstruire l'estime de soi et la confiance en soi.
- Tout au long du projet, inviter la personne à informer son médecin des démarches entreprises dans le domaine de l'emploi ou de la formation pour réévaluer si nécessaire sa prise en charge médicale (traitement, orientation vers des programmes de remédiation cognitive, etc.).
- Tout au long du projet, réaliser des points d'étapes réguliers pour ajuster le projet pour faire face aux éventuelles difficultés rencontrées.
- Faciliter l'intégration dans le poste de travail, en coordination avec le service de santé au travail et/ou la mission handicap de la DRH de l'entreprise.
- Poursuivre l'accompagnement lorsque la personne est dans l'emploi.
- Faire évoluer le projet d'établissement ou de service pour répondre aux besoins des personnes accueillies dans le domaine de l'insertion professionnelle et de la formation.
- Sensibiliser les professionnels de l'ESSMS à la question de l'emploi.
- Définir, lorsqu'il existe, le rôle du conseiller chargé du parcours d'insertion professionnelle.
- Soutenir et développer les compétences des conseillers en insertion professionnelle.
- Identifier, sur le territoire, les acteurs de l'insertion professionnelle et de la formation.
- Identifier le/les interlocuteur/s qui aura/auront un rôle de référent dans le travail partenarial.
- Travailler en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH afin de construire des parcours souples.
- Proposer de participer aux groupes de travail pour l'élaboration des schémas relatifs à l'activité professionnelle des personnes handicapées.
- Impulser la participation directe des personnes accompagnées dans ces groupes.





FACILITER LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI OU LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET PRÉVENIR LES RUPTURES DE PARCOURS PROFESSIONNEL

- Lors de l'admission, réaliser un bilan de la situation de la personne vis-à-vis de l'emploi.
- Être particulièrement vigilant lors des changements et des transitions.
- Co-construire avec elle l'accompagnement nécessaire à son maintien dans l'emploi ou à son évolution professionnelle.
- Intervenir en coordination avec les autres acteurs du maintien dans l'emploi.
- Intégrer, dans le projet d'établissement ou de service, la question du maintien dans l'emploi et notamment les possibilités d'intervention sur le lieu de travail des personnes.
- Identifier, sur le territoire, les acteurs chargés du maintien dans l'emploi : Sameth, Cap Emploi, services de santé au travail, responsable des missions handicap des entreprises ou des services publics, etc.
- Travailler en partenariat.

ADAPTER LE PROJET DE L'ESAT (ÉTABLISSEMENT ET SERVICE D'AIDE PAR LE TRAVAIL) AUX SPÉCIFICITÉS DU HANDICAP PSYCHIQUE

- Lors de l'admission, informer la personne des prestations proposées par l'Esat et notamment celles visant l'insertion dans le milieu ordinaire de travail.
- Réévaluer régulièrement, *a minima* chaque année, le projet professionnel de la personne.
- Évaluer avec elle son éventuel projet d'insertion dans le milieu ordinaire et co-construire les différentes étapes de son parcours menant à la sortie de l'Esat, en tenant compte notamment de ses besoins en formation professionnelle.
- Renforcer et/ou diminuer ponctuellement l'accompagnement et/ou le temps et la charge de travail, pour tenir compte de la variabilité des troubles.
- Co-construire avec la personne et le service de soins les conditions qui vont faciliter le retour au sein de l'Esat après l'hospitalisation.
- Mettre en place des espaces d'écoute et de « répit » pour les personnes ayant besoin de se ressourcer.
- Faciliter l'accès aux soins médicaux.
- Développer, autant que possible, des emplois variés au sein de l'Esat pour correspondre aux centres d'intérêt des personnes et permettre à chacun de développer ses potentialités.
- Garantir l'accès à la formation professionnelle continue des travailleurs de l'Esat.
- Faciliter la transition vers le milieu ordinaire en garantissant des emplois dont l'exigence de productivité est proche ou identique à celui-ci.
- Garantir des emplois hors les murs, c'est-à-dire qui se réalisent directement chez les clients, avec ou sans encadrant de l'Esat.
- Renforcer, en lien avec les autorités de tarification, les taux d'encadrement des moniteurs d'ateliers pour soutenir la progression des compétences professionnelles et relationnelles des personnes.





- Intégrer les possibilités de travail à temps partiel et de prise en charge conjointe dans le projet de l'Esat et le mentionner dans le livret d'accueil.
- Mettre en place des ateliers permettant de réintégrer progressivement les exigences du travail après un long arrêt dans l'activité professionnelle ou au retour d'une hospitalisation.
- Intégrer un volet insertion dans le milieu ordinaire dans le projet de l'Esat.
- Désigner les professionnels dédiés à l'accompagnement du parcours d'insertion dans le milieu ordinaire.
- Intégrer la question du retour en cas « d'échec » de l'insertion dans le milieu ordinaire afin de faciliter la « prise de risque » et le parcours.
- Envisager, en lien avec les autorités de contrôle et de tarification, de développer des pratiques d'accompagnement vers et dans l'emploi dans le milieu ordinaire (de type « emploi accompagné »).
- Intégrer dans le cadre du dialogue de gestion les spécificités d'organisation et de financement induites par le handicap psychique.
- Travailler en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH afin de faciliter la fluidité du parcours de la personne.
- Solliciter des compétences complémentaires à celles des professionnels de l'Esat afin d'aménager les postes de travail et de construire des outils pour compenser les éventuels troubles cognitifs et/ou relationnels.
- Renforcer les partenariats avec les acteurs de l'insertion professionnelle, de la formation professionnelle et de l'entreprise.

EXEMPLES DE CRITÈRES DE SUIVI CONCERNANT LES EMPLOIS ET LA FORMATION

- Nombre de personnes accompagnées occupant un emploi (dans le milieu ordinaire ou protégé).
- Nombre de personnes accompagnées sans emploi et ayant un projet professionnel ou de formation.
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accompagnement vers le milieu ordinaire (par l'ESSMS ou un partenaire).
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accompagnement de maintien dans l'emploi (par l'ESSMS ou un partenaire).

Les activités citoyennes, culturelles et de loisirs

Les effets incapacitants des troubles sont parfois tels qu'il est difficilement envisageable, pour les personnes, d'accéder à un emploi, du moins à court terme. Par ailleurs, dans certains bassins de vie, il n'existe pas toujours d'emplois disponibles (adaptés ou ordinaires). Dans ces circonstances, des activités (de type bénévolat, engagement associatif, activités d'utilité sociale, pratiques artistiques, etc.) peuvent être proposées. Elles permettent aux personnes de réaliser les apprentissages préalables à l'insertion professionnelle. Elles permettent également de retrouver de la reconnaissance sociale, de l'estime de soi et sont source d'épanouissement. Toutefois, l'absence de demande qui peut caractériser le handicap psychique nécessite d'être prise en compte.

1 FACILITER L'ACCÈS À DES ACTIVITÉS SUSCEPTIBLES DE FAVORISER LA RECONNAISSANCE SOCIALE POUR LES PERSONNES ÉLOIGNÉES DE L'EMPLOI

Les activités (bénévolat, service civique, adhésion à un groupe d'entraide mutuelle, investissement dans le fonctionnement de l'ESSMS, participation à des activités artistiques, sportives, intellectuelles, culturelles, etc.) peuvent favoriser la reconnaissance sociale et constituer une étape vers l'emploi.

Toutefois, les personnes handicapées psychiques peuvent rencontrer des obstacles pour y participer. Ces derniers peuvent être liés aux troubles (difficultés pour initier l'action, planifier les différentes étapes pour mener à bien un projet, fatigabilité importante, etc.) ou être liés à l'environnement (stigmatisation, problèmes financiers, de transport, etc.).

L'enjeu, pour les professionnels des ESSMS, est donc de faciliter la participation des personnes aux activités en mettant en œuvre l'accompagnement nécessaire.

ILLUSTRATIONS - PAROLES DE PERSONNES ACCOMPAGNÉES

« Le bénévolat est un tremplin pour travailler en extérieur, c'est une bonne expérience ».

« J'ai besoin d'activité, besoin qu'on s'occupe de moi, si je n'ai pas quelque chose à faire, je m'ennuie et je brosse mes dents très fort ».

« S'il n'y avait pas d'activité collective obligatoire, je m'ennuierais, je n'arriverais pas à organiser des activités seule ».

« S'il n'y avait pas d'activités, malades ou pas malades, on rumine dans notre appartement ».

« L'activité apporte un bien-être, nous avons besoin d'être sollicités pour entamer un dialogue ».

Effets attendus

- Les activités, comme espaces d'apprentissage, constituent une passerelle vers le travail.
- Les personnes ont la possibilité d'accéder à des activités qui leur offrent le sentiment de la reconnaissance sociale et de l'estime de soi.
- Les personnes bénéficient de la compensation nécessaire. Les activités sont rendues accessibles.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↘ Recueillir auprès de la personne ses centres d'intérêts en termes d'activités susceptibles de lui procurer de la reconnaissance sociale et de l'estime de soi et/ou constituer une étape vers son projet professionnel. Faire le point avec elle sur ses expériences en termes d'activités et identifier les bénéfiques de ses dernières et les éventuels obstacles rencontrés.

L'accompagnement de la personne

- ↘ Co-construire, avec la personne, l'accompagnement nécessaire pour participer aux activités souhaitées, nouvelles ou antérieures à l'entrée dans l'établissement ou le service.
- ↘ Aider la personne à lever les obstacles liés à ses éventuelles difficultés relationnelles. Par exemple :
 - en échangeant avec elle sur ses craintes/angoisses/difficultés et les stratégies qu'elle peut mettre en œuvre ;
 - en lui proposant de s'inscrire avec des amis et/ou des « pairs » à l'activité ;
 - en lui proposant d'intervenir en médiation avec les autres personnes de l'activité ou l'animateur ;
 - en l'accompagnant ponctuellement ;
 - etc.

ILLUSTRATION - PAROLE D'UNE PERSONNE ACCOMPAGNÉE

Une résidente d'un foyer explique qu'elle a des difficultés à se rendre dans un lieu où les personnes n'ont pas de handicap car elle perçoit leur interrogation, leur attitude par rapport à sa différence.

- ↘ Aider la personne à lever les éventuels obstacles financiers :
 - en l'aidant à inclure, dans son budget, ses dépenses en terme d'activités ;
 - en l'informant et en recherchant des aides financières (chèques vacances, etc.) et les activités gratuites (Culture du cœur, etc.) ;
 - etc.
- ↘ Aider la personne à lever les obstacles liés aux déplacements⁹⁸.
- ↘ Évaluer régulièrement les satisfactions et difficultés avec la personne pour ajuster autant que nécessaire l'accompagnement.

La phase de sortie

- ↘ En cas de sortie de l'ESSMS, co-construire l'accompagnement nécessaire pour permettre la continuité des activités souhaitées, au sein de l'ESSMS ou en accompagnant vers des structures de loisirs.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Construire un programme d'activités en partant des demandes des personnes (dans le cadre du CVS ou de réunions prévues à cet effet) tout en étant également force de proposition.

⁹⁸ Voir chapitre sur « L'accompagnement dans la vie quotidienne et courante ».

- ↳ Privilégier des activités favorisant l'inclusion sociale. Par exemple :
 - en mettant en œuvre des activités à l'extérieur de l'ESSMS afin de faciliter l'appropriation progressive de leur environnement par les personnes ;
 - en privilégiant l'intervention d'animateurs et/ou de participants qui ne font pas partie de l'ESSMS.

ILLUSTRATION

Un SAVS a « délocalisé » son atelier danse au sein d'un centre d'animation municipal. Les personnes handicapées ont ainsi pu se familiariser avec le lieu. Deux d'entre elles se sont par la suite inscrites individuellement à une activité proposée par le centre d'animation.

- ↳ Donner la possibilité aux personnes d'animer ou co-animer des activités.

Le partenariat

- ↳ Identifier, sur le territoire, les structures œuvrant dans le domaine de la solidarité, de la culture, des loisirs, de l'art, des sports (musées, écoles et universités, associations de quartier, centres socioculturels, bibliothèques municipales, associations sportives, artistiques, etc.) et les structures spécialisées dans le secteur du handicap (fédération française de sport adaptée, organismes de vacances adaptées, etc.). Travailler en partenariat avec ces acteurs.

ILLUSTRATIONS

Un service d'accompagnement à la vie sociale a proposé des rencontres avec les professionnels d'une bibliothèque municipale pour les sensibiliser à l'accueil des personnes handicapées psychiques.

Un foyer de vie a mis en place une convention de partenariat avec un écomusée de la cité. Ainsi des résidents participent à des manifestations organisées en tant que bénévoles. Des actions de sensibilisation sont effectuées auprès des professionnels de l'écomusée.

2 ANALYSER ET APPORTER DES RÉPONSES APPROPRIÉES AUX « NON-DEMANDES » EN TERME DE PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS

Certaines personnes peuvent exprimer le choix de ne pas/plus participer aux activités. Les causes de ces non-demandes et de ces refus sont variées. Ils peuvent être liés aux troubles psychiques (absence de motivation, angoisse, difficultés pour initier l'action, pour anticiper le plaisir que procurera l'activité, fatigabilité en raison des troubles psychiques et des effets secondaires des traitements, etc.) ou à l'inadaptation de l'activité (en termes d'horaires, de durée, d'intensité, d'exigence normative ou d'investissement émotionnel, etc.). Ils peuvent être temporaires.

L'enjeu, pour les professionnels des ESSMS est de pouvoir analyser les causes de l'absence de demande ou des refus de participation pour y apporter des réponses adaptées.

Effets attendus

- Les activités sont (ré) adaptées aux besoins spécifiques des personnes.
- La participation aux activités est libre. Les professionnels restent dans la proposition.
- Les personnes ont la possibilité d'interrompre une activité et de la reprendre.

RECOMMANDATIONS

L'accompagnement de la personne

- ↘ Accompagner la personne dans l'analyse des causes de ses refus ou de son absence de demande de participer aux activités. Si nécessaire, les analyser en équipe interdisciplinaire, avec les professionnels du soin et les proches aidants.
- ↘ Une fois les causes identifiées et analysées, veiller à respecter les choix de chacun de participation ou de non-participation.
- ↘ Ajuster l'accompagnement dans les activités pour pallier aux éventuelles difficultés de la personne (cognitives, relationnelles, etc.) et/ou lever les obstacles environnementaux :
 - en étant dans la proposition/stimulation pour aider la personne à initier l'action ;
 - en proposant une activité individuelle plutôt que collective ;
 - en mettant en place des outils (agendas, plannings, rappels, etc.) pour aider à se projeter dans le temps ;
 - etc.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Faire évoluer les activités collectives proposées pour lever les éventuels obstacles à la participation des personnes. L'aborder lors du conseil de la vie sociale ou des réunions *ad hoc* relatives aux activités. Par exemple :
 - mettre en place des ateliers ouverts (sans inscription) pour répondre aux besoins des personnes ayant des difficultés à s'inscrire dans une activité planifiée ;
 - faire évoluer les horaires ou la durée des activités pour répondre aux problématiques de fatigabilité des personnes ;
 - garantir la possibilité de revenir dans une activité même après une longue absence ;
 - questionner la pertinence de certaines activités pouvant être exigeantes en termes cognitif, émotionnel, relationnel, etc.

ILLUSTRATION

Un SAVS a mis en place un espace d'accueil libre où les personnes peuvent venir partager un moment avec les autres personnes. Des jeux de société, des livres et de la musique sont à disposition.

L'essentiel Les activités citoyennes, culturelles et de loisirs

FACILITER L'ACCÈS À DES ACTIVITÉS SUSCEPTIBLES DE FAVORISER LA RECONNAISSANCE SOCIALE POUR LES PERSONNES ÉLOIGNÉES DE L'EMPLOI

- Être à l'écoute des attentes de la personne en terme d'activités. Recueillir ses centres d'intérêts et ses activités (actuelles et passées).
- Co-construire l'accompagnement nécessaire pour participer aux activités souhaitées.
- Encourager la personne à lever les obstacles liés à ses éventuelles difficultés relationnelles, financiers, de mobilité.
- Faire un bilan régulier avec la personne pour ajuster l'accompagnement.
- Au sein de l'établissement ou du service, construire un programme d'activités en partant des demandes des personnes tout en étant également force de proposition.
- Privilégier des activités favorisant l'inclusion sociale.
- Donner la possibilité aux personnes d'animer ou co-animer des activités.
- Identifier, sur le territoire, les structures œuvrant dans le domaine de la solidarité, de la culture, des loisirs, de l'art, des sports. Travailler en partenariat avec ces derniers.

ANALYSER ET APPORTER DES RÉPONSES APPROPRIÉES AUX « NON-DEMANDES » EN TERME DE PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS

- Rechercher avec la personne les causes de ses refus ou de son absence de demande de participation aux activités pour faire évoluer, le cas échéant, l'accompagnement proposé.
- Une fois les causes identifiées et analysées, veiller à respecter les choix de chacun de participation ou de non-participation.
- Faire évoluer les activités collectives proposées pour lever les éventuels obstacles à la participation des personnes. L'aborder lors du conseil de la vie sociale ou de réunions *ad hoc*.

À lire absolument :

LA PLACE DE LA PERSONNE : ACTRICE ET CITOYENNE

LA SANTÉ : PRENDRE SOIN ET ACCOMPAGNER VERS LES SOINS MÉDICAUX

L'accès et la continuité des soins

Les personnes handicapées psychiques ont besoin, tout au long de leur parcours, de soins médicaux (psychiatriques ou somatiques), plus ou moins intenses selon les moments.

Afin de prévenir les ruptures de soins, l'enjeu pour les professionnels des ESSMS est d'accompagner la personne dans son parcours de soin, en complémentarité avec son médecin traitant qui « assure la coordination des consultations et des soins pour le suivi médical de l'assuré dans le cadre du parcours de soins coordonnés »⁹⁹ et l'équipe de secteur psychiatrique.

Par ailleurs, la maladie psychique se caractérise par des moments de « crise », dont les épisodes suicidaires. Il convient, pour les professionnels, d'être en mesure de les repérer, les prévenir et les gérer. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, les professionnels des ESSMS ont pour mission d'assurer la continuité de l'accompagnement à l'entrée, pendant et à la sortie de l'hospitalisation afin de prévenir les ruptures de parcours.

1 ASSURER L'ACCOMPAGNEMENT GARANTISSANT LE BIEN-ÊTRE PSYCHIQUE ET LA CONTINUITÉ DES SOINS PSYCHIATRIQUES

La maladie psychique a une composante biologique, psychologique et sociale, avec des dimensions cognitives et relationnelles, personnelles et environnementales. Pour ces raisons, les soins s'exercent dans des dimensions multiples.

Ils comportent une dimension médicale (« le cure ») avec notamment les traitements psychotropes. Cette dimension est mise en œuvre par des professionnels de la psychiatrie (du secteur ou libéraux) en lien avec les médecins généralistes.

Ils comportent aussi une dimension sociale, « le care » ou « prendre soin » mis en œuvre par les professionnels du social et du médico-social, les aidants et les proches, ainsi que les professionnels de la santé. Le « prendre soin » contribue à la stabilisation des troubles et à la qualité de la vie. Il prend en compte le bien-être corporel, psychique et social. Il est essentiel pour prévenir les risques de rechute, même si les moments de crise ne sont pas toujours prévisibles.

Le « prendre soin » participe aussi à la santé de la personne qui est « *là un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*¹⁰⁰ ».

LES MISSIONS DE LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR

L'article 13 de la loi Santé précise les missions de la psychiatrie de secteur. Celle-ci doit garantir à l'ensemble de la population (Art. L. 3221-3. - I.)

« 1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, en lien avec le médecin traitant;

« 2° L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques;

« 3° La continuité des soins psychiatriques, y compris par recours à l'hospitalisation, si nécessaire en lien avec d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles en proximité. »

(...) « Art. L. 3221-4. - I. - Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1, les établissements de santé assurant la psychiatrie de secteur. Il affecte à cet effet à chacun d'eux une zone d'intervention, de telle sorte que l'ensemble de la région soit couvert. »

⁹⁹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Le médecin traitant est un généraliste dans 99,5 % des situations - données Ameli de 2008.

¹⁰⁰ Définition de la santé selon l'OMS.

« II. - Chaque établissement ainsi désigné détermine dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou les documents fixant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2, les modalités d'organisation de cette activité au sein de la zone qui lui a été affectée.

« Art. L. 3221-4-1. - L'agence régionale de santé veille à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, menées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 3221-4 et par les associations ayant une activité dans le domaine de la santé et de la prise en charge des malades agréées en application de l'article L. 1114-1. »

Cette organisation territoriale de la psychiatrie a été mise en place dans les années 1970. Le territoire national est découpé en secteurs de psychiatrie générale. Les secteurs s'adressant aux adultes correspondaient initialement à environ 70000 habitants. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile s'adressent aux enfants et adolescents et recouvrent généralement 2 ou 3 secteurs de psychiatrie générale. Ainsi, chaque citoyen dispose, en fonction de sa domiciliation, du recours à une équipe spécialisée et à divers moyens de soins en psychiatrie, dans et hors l'hôpital.

Chaque secteur comporte une équipe pluridisciplinaire conduite par un psychiatre qui met en œuvre l'accueil et les soins dans différentes structures : lieux de consultations (les centres médico-psychologiques - CMP), équipes mobiles, unités d'hospitalisation à temps plein, unités d'hospitalisation de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), centres de postcure, centres d'accueil et de crise, etc. L'équipe assure par ailleurs la liaison avec les structures hospitalières de soins généraux (urgences, unités d'hospitalisation). Celle-ci peut se déplacer au domicile des personnes en partenariat avec les acteurs du champ social et médico-social. Elle peut aussi intervenir, notamment, dans les structures d'hébergement médico-social pour adultes handicapés ou pour personnes âgées, dans les structures d'insertion sociale (CHRS), ainsi que dans diverses formes de logements accompagnés (comme les « appartements associatifs »).

L'objectif de cette organisation est de permettre la continuité des soins entre l'hôpital et la cité.

Les unités d'hospitalisation temps plein se situent au sein de centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ou au sein d'hôpitaux généraux. Ces derniers peuvent être publics ou associatifs.

Il existe parfois des services intersectoriels ayant un projet de soins spécialisés : services de géronto-psychiatrie, d'addictologie, etc.

Le fonctionnement des secteurs est hétérogène et il existe des disparités entre eux.

Certains secteurs sont constitués d'établissements publics quand d'autres reposent sur des établissements de santé privés non lucratifs.

Effets attendus

- La personne développe, autant que possible, un bien-être psychique.
- Les professionnels construisent une relation de qualité avec les personnes accueillies.
- Ils développent des compétences pour « prendre soin » des personnes.
- Le bien-être au travail des professionnels de l'ESSMS participe à la construction d'une relation de qualité avec les personnes accueillies.
- Les crises et les rechutes sont, autant que possible, évitées.
- La continuité des soins médicaux est effective. Le parcours de soins se fait sans rupture. La personne bénéficie de l'accompagnement nécessaire.
- Le suivi médical est réalisé, autant que possible, par des professionnels extérieurs à l'ESSMS, dans une perspective de continuité des soins et d'inclusion sociale.
- Les actions des professionnels du sanitaire et de l'ESSMS sont complémentaires et la cohérence du parcours de soin est assurée.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- Recueillir auprès de la personne les contextes et les éléments qui favorisent sa stabilité/son bien-être psychique.

- ↳ Recueillir auprès de la personne les modalités de mise en œuvre de ses soins psychiatriques :
 - le nom et les coordonnées :
 - de son médecin traitant;
 - du médecin chargé de son suivi psychiatrique (psychiatre ou médecin généraliste);
 - de ses « soignants » ressources (infirmier, psychologue, etc.);
 - de la personne de confiance qu'elle aurait désignée;
 - de la personne exerçant la mesure de protection (le cas échéant);
 - sa situation vis-à-vis de l'assurance maladie (couverture maladie, mutuelle, etc.);
 - les modalités de son suivi psychiatrique (fréquence et lieu des rendez-vous);
 - la date et le lieu de la dernière hospitalisation et la fréquence des hospitalisations;
 - ses besoins en accompagnement pour mettre en œuvre son suivi psychiatrique (aide pour se rendre à ses rendez-vous, pour ses traitements, etc.);
 - les éléments relatifs aux conséquences de ses troubles psychiques qu'elle estime nécessaire de communiquer aux professionnels de l'ESSMS afin qu'ils mettent en œuvre un accompagnement adapté (par exemple, difficultés de concentration, difficultés relationnelles, etc.).
- ↳ Intégrer ces éléments dans le dossier de la personne.
- ↳ Informer la personne de la nécessité de ce partage et lui indiquer qu'elle peut s'y opposer.

POINT DE VIGILANCE

Les professionnels de santé et les professionnels non médicaux des ESSMS participant à la prise en charge médicale du patient ne peuvent échanger d'information à caractère médical. Toutefois, ils peuvent échanger les informations strictement utiles et nécessaires à l'accompagnement et doivent recueillir l'accord express de la personne concernée.

- ↳ Si la personne n'a pas nommé de personne de confiance, l'informer de l'intérêt d'en désigner une. Lui expliquer le rôle de celle-ci et l'accompagner si nécessaire pour effectuer cette démarche auprès de son médecin.

ILLUSTRATION - PAROLE D'UNE PERSONNE ACCOMPAGNÉE

« C'est soit je désigne un membre de ma famille soit c'est mon tuteur. C'est flou pour moi il n'y a pas de notion de désignation de personne de confiance, nous n'avons pas cette notion ici ».

REPÈRES JURIDIQUES - LA PERSONNE DE CONFIANCE

Code de la santé publique, article L. 1111-6 « *Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci* ».

- ↘ Si l'ESSMS est médicalisé, échanger, entre professionnels médicaux (médecin ou infirmier), les informations médicales nécessaires à la continuité des soins infirmiers ou médicaux qui seront délivrés au sein de l'ESSMS. Informer la personne de la nécessité de ce partage et lui rappeler qu'elle peut s'y opposer.

POINT DE VIGILANCE

Les professionnels de santé participant à la prise en charge médicale du patient peuvent partager entre eux les informations médicales nécessaires pour assurer la continuité des soins et la meilleure prise en charge possible. Ils doivent avertir le patient de la nécessité de ce partage et l'informer de son droit à s'y opposer. Autant que possible, le partage des informations se réalise en présence de la personne concernée.

- ↘ Construire les modalités de collaboration avec le médecin chargé du suivi psychiatrique de la personne. Préciser et formaliser si nécessaire les modalités de travail partenarial (modalités et fréquences des rencontres – notamment pour des évaluations et synthèses, gestion de l'urgence, etc.) afin d'assurer une cohérence des interventions.
- ↘ Lors d'un déménagement ou lorsque l'accueil au sein d'un hébergement médico-social (foyer de vie, FAM, etc.) implique un changement d'adresse, échanger avec la personne et avec son psychiatre/l'équipe de secteur sur la pertinence d'envisager un changement de psychiatre/de secteur afin d'assurer la continuité et l'accès aux soins.

L'accompagnement de la personne

- ↘ Évaluer avec la personne ses besoins en accompagnement pour assurer la continuité de ses soins psychiatriques. Comme par exemple ses besoins pour :
 - prendre ses rendez-vous, s'en rappeler et s'y rendre ;
 - repérer les situations de « crise », solliciter son médecin et lui transmettre les informations nécessaires ;
 - mettre en œuvre ses soins (en hôpital de jour, Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), consultation psychothérapeutique, etc.) ;
 - réaliser ses démarches administratives en lien avec les soins (demande de prise en charge dans le cadre des affections de longue durée, couverture maladie universelle) ;
 - etc.
- ↘ Co-construire avec la personne l'accompagnement nécessaire pour répondre aux besoins identifiés et réévaluer régulièrement ses besoins.
- ↘ Se rendre disponible pour échanger avec la personne lorsqu'elle évoque les « médecines non conventionnelles¹⁰¹ » (méditation, sophrologie, hypnose, tradipraticien, etc.) permettant de favoriser son bien-être psychique en l'invitant à solliciter son médecin pour être informée et conseillée.

La phase de sortie

- ↘ Lors de la sortie de l'ESSMS, co-construire avec la personne l'accompagnement nécessaire pour garantir la continuité des soins psychiatriques, en coordination avec l'équipe de secteur psychiatrique/le médecin.

¹⁰¹ C REYNAUDI M., « *Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?* » Centre d'analyse stratégique, Premier ministre, octobre 2012, n° 290, La note d'analyse-questions sociales, 12 p. HAS, « *Le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées* », Avril 2001, p. 54 « Améliorer l'information des médecins et des patients sur les thérapeutiques non médicamenteuses. »

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↳ Mettre en place des espaces interdisciplinaires de réflexion sur les pratiques (réunion d'équipe, analyse de pratique, supervision, temps de liaison formel ou informel, etc.). Objectiver ces temps de travail et les valoriser dans le cadre du dialogue de gestion.
- ↳ Solliciter les compétences des professionnels de la psychiatrie pour intervenir dans ces actions de réflexion/formation.
- ↳ Former les professionnels pour qu'ils développent leurs capacités à « prendre soin » : capacités d'écoute, d'empathie, de présence à l'autre, d'ajustement du niveau de proximité dans la relation.
- ↳ Mettre en place un management/une organisation favorisant le bien-être au travail¹⁰² des professionnels :
 - en recherchant le partage et la reprise du vécu des professionnels ;
 - en favorisant le travail en équipe pour les situations complexes (travail en binôme, appui technique, mise à disposition d'un psychologue ou psychiatre référent pour l'équipe, etc.) ;
 - en travaillant collectivement les protocoles de prévention et de gestion des « crises » ;
 - en élaborant un document unique d'évaluation des risques professionnels¹⁰³ (qui inclut l'évaluation des risques psycho-sociaux) en associant les interlocuteurs clefs (représentants du personnel, professionnels de l'ESSMS, service de santé au travail, Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (Aract), etc.) ;
 - en associant les professionnels à la réflexion sur les pratiques d'accompagnement et le projet d'établissement.
- ↳ Définir le rôle des psychologues et des professionnels soignants (infirmier, médecin) au sein de l'ESSMS. Il peut consister à :
 - participer aux croisements des regards lors des réunions pluridisciplinaires dédiées (notamment en apportant un éclairage médical et psychologique pour mieux comprendre les comportements et/ou les demandes de la personne et adapter le projet personnalisé aux spécificités des répercussions des troubles psychiques) ;
 - soutenir l'ensemble des professionnels de l'ESSMS dans sa relation et son positionnement avec les personnes accueillies ;
 - mettre en place des actions d'éducation thérapeutique (c'est-à-dire des actions visant à aider les personnes (et leurs proches) à mieux comprendre et accepter leur maladie et à acquérir des compétences d'auto-soins, d'adaptation et de gestion de la/des maladies) ;
 - coordonner les soins des personnes notamment en travaillant avec l'équipe de secteur/le médecin chargé du suivi psychiatrique ;
 - etc.
- ↳ Former les professionnels au travail partenarial avec les acteurs de la psychiatrie et à la connaissance des ressources territoriales dans le domaine médical.

¹⁰² Selon Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle : Article 1 - Définition de la qualité de vie au travail « La notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples, relatifs en partie à chacun des salariés mais également étroitement liés à des éléments objectifs qui structurent l'entreprise. Elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué. Ainsi conçue, la qualité de vie au travail désigne et regroupe les dispositions récurrentes abordant notamment les modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail permettant de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle est un des éléments constitutifs d'une responsabilité sociale d'entreprise assumée ».

¹⁰³ Il s'agit d'une obligation définie à l'article R. 4121-1 du Code du travail. Le document unique transcrit les résultats de l'évaluation des risques et liste des solutions à mettre en œuvre. Il est un outil de prévention.

- ↘ Engager une réflexion sur le dossier de la personne, les modalités de partage des informations utiles et nécessaires à la mise en œuvre des soins et au « prendre soin ». Former les professionnels au cadre juridique relatif au partage de l'information.

Le partenariat

- ↘ Identifier, sur le territoire, les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale :
 - en se référant au projet territorial de santé mentale ;
 - en recueillant les guides éventuellement existants ;
 - en sollicitant le coordinateur du conseil local de santé mentale (lorsqu'il existe) et/ou de l'atelier santé ville et/ou de l'ARS.
- ↘ Solliciter les professionnels du territoire de psychiatrie (incluant les professionnels du service public et les libéraux) pour construire/réactualiser le projet de l'établissement ou de service. Les solliciter lors de l'évaluation interne et externe et lors de l'actualisation du projet d'établissement ou de service.
- ↘ Intégrer, autant que possible, les instances partenariales territoriales dans le domaine de la santé (conseil local de santé ou de santé mentale, atelier santé ville, réseau santé mentale/handicap psychique, commission de coordination des situations complexes, Semaine d'information en santé mentale (SISM), etc.).
- ↘ Co-construire un partenariat avec le secteur de psychiatrie où est implanté l'ESSMS et/ou les éventuelles unités intersectorielles/équipe mobile. Ce partenariat peut être formalisé par une convention qui précise :
 - les objectifs du partenariat ;
 - les engagements du secteur de psychiatrie relatif à la continuité des soins (CMP, hôpital de jour, CATTP, etc.) ;
 - les modalités de mise à disposition et/ou d'interventions de professionnels du secteur au sein de l'ESSMS, notamment dans une perspective de soutien aux professionnels ;
 - les engagements du médico-social relatifs à la continuité de l'accompagnement pendant et à la sortie de l'hospitalisation (contacts téléphoniques, fiches de liaisons, visites, etc.) ;
 - le rôle du médecin traitant ;
 - l'accessibilité et la continuité des soins (notamment en cas de déménagement) ;
 - les modalités de partage de l'information ;
 - les modalités de mise en œuvre du libre choix par le patient de son psychiatre ou de l'équipe soignante ;
 - les modalités de mise en œuvre des prises en charges conjointes sanitaire médico-sociale (par exemple, hôpital de jour et service d'accompagnement, etc.) ;
 - la prévention et la gestion des situations de crise et des hospitalisations ;
 - les modalités d'évaluation de la convention.
- ↘ Associer les associations d'usagers et d'aidants à la réflexion concernant le contenu du partenariat.
- ↘ Solliciter l'Agence régionale de santé (ARS) (par exemple, le référent santé mentale) pour intervenir en médiation et rechercher des solutions en cas de difficultés dans le partenariat avec la psychiatrie.
- ↘ Faire vivre le partenariat en rencontrant les équipes de secteur chaque fois que nécessaire dans la logique de l'action concertée.

- ↳ Favoriser l'élaboration/le partage de connaissances entre professionnels de la psychiatrie et du social/médico-social en participant à ou en organisant :
 - des formations conjointes ou croisées ;
 - des stages croisés ;
 - des journées d'information, de réflexion ou d'étude, permettant la confrontation d'apports théoriques et pratiques complémentaires ;
 - des visites des services de psychiatrie ;
 - des invitations des professionnels de la psychiatrie à visiter l'ESSMS ;
 - etc.

S'assurer que ces formations/colloques intègrent systématiquement des usagers et des aidants.

- ↳ Évaluer, au minimum une fois par an, le travail partenarial (coordination et complémentarité autour de situations individuelles) avec les acteurs de santé. *Exemple de suivi : chaque année l'équipe analyse avec les partenaires du soin deux dossiers : un pour lequel le travail de coordination a été exemplaire et un autre pour lequel des difficultés ont été identifiées.*

2 METTRE EN PLACE L'ACCOMPAGNEMENT NÉCESSAIRE CONCERNANT LA PRISE DE TRAITEMENTS PSYCHOTROPES

Les personnes handicapées psychiques ont généralement des traitements psychotropes qu'elles doivent prendre au quotidien ou sous forme injectable. Si certaines personnes sont en mesure de gérer seules leur traitement, d'autres ont besoin d'un accompagnement.

Par ailleurs, certaines personnes peuvent ne pas reconnaître leurs troubles. D'autres peuvent penser, lorsqu'elles sont stabilisées, qu'elles n'ont plus besoin de soins et décident d'arrêter leur traitement. Par ailleurs, elles peuvent être l'objet de conseils inadaptés de membres de leur entourage. Ces éléments peuvent conduire à des ruptures de soins et conduire à de nouvelles hospitalisations.

Effets attendus

- La personne est actrice de la prise de son traitement.
- Elle s'approprie son traitement et connaît les conséquences d'un arrêt.
- La personne dialogue avec son médecin concernant ses traitements (bénéfiques, effets secondaires, etc.) et sur les ajustements nécessaires.
- Les ruptures de soins intempestives liées à l'arrêt des traitements sont évitées autant que possible. Les usages inappropriés sont prévenus. Les crises liées aux arrêts de traitements sont prévenues. Les hospitalisations sont, autant que possible, évitées.
- La personne bénéficie de l'accompagnement nécessaire (aide d'une infirmière ou d'un professionnel de l'accompagnement) pour prendre son traitement.
- La variabilité des troubles est prise en compte par les professionnels.
- Les effets des traitements sur la vie quotidienne sont connus de la personne, des professionnels et des proches.
- Les professionnels de l'ESSMS travaillent en coordination avec les professionnels de santé, dont les pharmaciens.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↘ Recueillir auprès de la personne l'aide/l'apprentissage dont elle a besoin pour prendre son traitement. Si nécessaire et sous réserve de l'accord de la personne, solliciter ces éléments auprès de son médecin prescripteur et éventuellement de ses proches.
- ↘ En fonction des besoins en accompagnement de la personne et du protocole de gestion des médicaments élaboré par l'ESSMS, recueillir les éléments nécessaires à l'aide à la prise de traitement (copie ordonnance mentionnant si l'acte relève d'un acte infirmier ou d'un acte de la vie courante, traitements, etc.).

L'accompagnement de la personne

- ↘ Évaluer avec la personne ses besoins en accompagnement pour prendre son traitement, comme par exemple pour :
 - solliciter son pharmacien et constituer son pilulier ;
 - réaliser les démarches pour rechercher une infirmière ou organiser l'intervention d'un professionnel de l'aide à domicile ;
 - échanger avec son médecin concernant son traitement ;
 - être soutenu dans sa prise de traitement ;
 - etc.
- ↘ Co-construire avec la personne l'accompagnement nécessaire pour répondre aux besoins identifiés.
- ↘ Observer les signes potentiellement révélateurs d'un arrêt des traitements. Être à l'écoute des propos de la personne concernant son traitement et dialoguer avec elle. L'inciter à échanger avec le soignant de l'établissement et/ou son médecin prescripteur, concernant les effets de ses traitements (dont les effets secondaires indésirables). Lui proposer, si elle le souhaite, de faire le lien avec son médecin et/ou échanger avec l'encadrement/le soignant de l'établissement ou du service sur la posture à adopter.
- ↘ En cas de refus de traitement, dialoguer avec la personne et l'encourager à échanger avec son médecin prescripteur. En cas de danger pour la personne, pour son entourage ou pour le professionnel, alerter son médecin, en ayant préalablement informé la personne et/ou échanger avec l'encadrement/le soignant de l'établissement ou du service sur la posture à adopter.
- ↘ Réévaluer régulièrement, *a minima* chaque année et lors d'événements le nécessitant les besoins en accompagnement concernant la prise de traitement.

La phase de sortie

- ↘ Lors de la sortie de l'ESSMS, co-construire avec la personne l'accompagnement nécessaire pour assurer la prise de traitement (par exemple en accompagnant vers une infirmière libérale, etc.), en coordination avec son médecin prescripteur.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ En fonction du projet d'établissement et de ses missions, construire un protocole concernant la prescription, l'achat et la préparation des piluliers, le stockage, l'aide à la distribution des traitements et la traçabilité, ainsi que les situations de refus de prise de traitements, en respectant le cadre juridique.¹⁰⁴ Dans ce protocole, définir les modalités du partage des informations relatives au traitement afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.

¹⁰⁴ Article L. 313-26 du CASF, article L. 4161-1 du code de la santé publique ; circulaire DGAS/DAS 99/320 du 4 juin 1999, décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (concernant l'aide à la prise des traitements médicamenteux au sein des ESSMS), article L. 5126-5 et R. 5126-8 du code de la santé publique (concernant les pharmacies à usage intérieur).

- Former les professionnels à la connaissance des effets des psychotropes dans la vie quotidienne en sollicitant l'intervention de pharmaciens et médecins.
- Porter à la connaissance des professionnels leurs missions quant à la prise de traitement conformément au protocole établi au sein de l'établissement.
- Réactualiser si nécessaire le protocole relatif à l'aide à la prise de traitement.

REPÈRES JURIDIQUES - LES TRAITEMENTS

Il incombe en principe à un infirmier ou à une infirmière d'aider les personnes à la prise de médicaments présentés sous forme non injectable (Code de la santé publique, art. R. 4311-5) et d'administrer des médicaments, le cas échéant par voie d'injections ou de perfusions (Code de la santé publique, art. R. 4311-7).

Cependant, lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant du rôle propre de l'infirmier sont dispensés dans un établissement ou service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier-ière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans la limite des qualifications reconnues à ces derniers du fait de leur formation (Code de la santé publique, art. R. 4311-4).

Enfin, selon l'article L. 313-26 du Code de l'action sociale et des familles, dans les établissements et services médico-sociaux, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Il convient de relever que si l'article L. 313-26 précise les modalités d'aide à la prise des médicaments par des personnels non médicaux, il n'évoque pas les modalités de préparation de la prise des médicaments (remplissage d'un pilulier, par exemple).

On peut donc en conclure que si l'aide à la prise des médicaments peut être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante, en revanche la préparation des médicaments continue de relever de la responsabilité des personnels soignants

3 ASSURER L'ACCOMPAGNEMENT GARANTISSANT L'ACCÈS ET LA CONTINUITÉ DES SOINS SOMATIQUES ET LE BIEN-ÊTRE CORPOREL

L'accès aux soins somatiques des personnes atteintes de maladie mentale a longtemps été négligé alors même qu'il s'agit de personnes présentant des risques importants au plan somatique¹⁰⁵ et que le bien-être corporel influence de façon majeure le bien être psychique et l'humeur. Il existe actuellement une mobilisation des milieux professionnels dont témoigne la publication de la recommandation de la Fédération française de psychiatrie (FFP), labellisé par la HAS sur l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes de maladies psychiques¹⁰⁶.

¹⁰⁵ L'espérance de vie des patients atteints de schizophrénie est inférieure de 20 ans à la population générale DANIEL T., DECONSTANZA P., DEPINCE J., ELOUABI F., ETHUIN C., HADDOUCHE A., LEPLA A., QUAGLIOZZI S., VERRIER V., AMARIEI A., PASTUREAU D., DANIEL S., PLANCKE L. La santé physique des personnes souffrant de schizophrénie : implication du dispositif de soins psychiatriques. L'information psychiatrique, mars 2011, volume 87, n° 3.

¹⁰⁶ « Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique », Recommandation de bonne pratique en psychiatrie réalisée par la FFP-CNPP.

Cette mobilisation est d'autant plus essentielle que certaines problématiques somatiques sont spécifiques au handicap psychique. Elles sont liées :

- aux effets secondaires des neuroleptiques (prise de poids, pathologies cardio-vasculaires¹⁰⁷, problème de sexualité, etc.);
- aux conséquences des tentatives de suicide;
- aux conséquences des pratiques sexuelles à risque (MST, etc.);
- aux conséquences des éventuelles consommations excessives d'alcool, de tabac ou de stupéfiants.

Toutefois, les personnes handicapées psychiques peuvent négliger ou refuser de se soigner sur le plan somatique. Cela peut être lié à des raisons personnelles. Comme l'indique la recommandation de la FFP : « *Les patients psychiatriques ont recours aux soins somatiques moins fréquemment en raison de troubles cognitifs ou des perturbations psychiques liées aux maladies mentales graves, de leurs difficultés à s'adresser ou à accéder au système de santé du fait de leur précarité sociale, de leur méconnaissance du dispositif de soin, de leur inactivité, voire de leur réticence à exprimer leurs souffrances physiques.* » Les causes peuvent aussi être sociales : absence d'ouverture de droits, difficultés financières, inadaptation des soins proposés, etc.

ILLUSTRATIONS - PAROLES DE PERSONNES ACCOMPAGNÉES

« La maladie en elle-même, tu vis avec, ça te dérange pas plus que ça, les voix dans ma tête j'ai l'habitude mais ce sont les problèmes de santé annexes qui me bloquent : les problèmes de vue, le mal de dos, etc. ».

« Au début je ne dormais pas la nuit, ça a duré quelques mois, puis ça s'est dissipé. »

« Pour moi c'est un gros trouble le sommeil, je fais plein de pauses dans la journée, où je me rallonge et dors 10 minutes. »

« Quand je dors c'est quand j'en ai vraiment besoin. Par contre, je me réveille parce que j'entends des bruits la nuit, parfois je prends une douche, je lis puis je mange. Ça m'apaise, ça me détend, en attendant de trouver une solution ».

Effets attendus

- Les personnes bénéficient des soins somatiques nécessaires, préventifs et curatifs.
- Les personnes développent, autant que possible, un bien être corporel.
- Les professionnels de l'ESSMS travaillent en coordination avec le médecin traitant de la personne.
- Les personnes qui ne sont pas demandeuses de soins somatiques sont accompagnées vers les soins.

RECOMMANDATIONS

La phase d'accueil

- ↳ Recueillir auprès de la personne les coordonnées de son médecin traitant. Si elle n'en a pas, la sensibiliser à l'intérêt d'en désigner un et l'accompagner dans ses démarches.

¹⁰⁷ « *Les patients atteints de pathologie mentale sévère telle que la schizophrénie et les troubles bipolaires ont un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale, avec une réduction de l'espérance de vie de 15 à 30 ans, en rapport avant tout avec des événements cardiovasculaires précoces (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...).* » Saravane D, et al. Élaborations de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. Encéphale 2009; 35(4) : 330-9.

- ↘ En fonction des missions de l'ESSMS, recueillir auprès d'elle (ou de son médecin), ses besoins en soins infirmiers ou en accompagnement liés à ses éventuelles maladies chroniques à expression somatique (diabète, etc.).

L'accompagnement de la personne

- ↘ Co-construire, en fonction des besoins et attentes identifiées, un accompagnement personnalisé autour de l'hygiène de vie et du bien-être corporel : sommeil et alimentation, activités physiques (yoga, gymnastique douce, tai-chi, marche, etc.) et de plein air, soins de détente et de bien-être (massages, soins esthétiques, etc.).

POINT DE VIGILANCE

Dans l'accompagnement dans l'hygiène de vie et le bien-être, les professionnels veillent à ne pas avoir d'exigences normatives. L'objectif étant le bien-être de la personne et de son environnement humain.

- ↘ Accompagner, si nécessaire, la personne vers son médecin traitant pour :
 - « la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies, l'éducation à la santé¹⁰⁸ » ;
 - l'orientation vers les médecins spécialistes (cardiologue, pneumologue, etc.), les médecins ayant des compétences spécifiques dans certains domaines (le sommeil, l'alimentation, etc.), les professionnels paramédicaux (diététicien, etc.) ;
 - être conseillé sur les médecines non conventionnelles (ostéopathie, acupuncture, etc.).
- ↘ En cas de déménagement, envisager, de réaliser un changement de médecin traitant. Accompagner la personne pour réaliser ce changement.
- ↘ Accompagner les personnes vers les bilans de santé gratuits mis en œuvre par les caisses primaires d'assurance maladie et vers les consultations périodiques (gynécologue, ophtalmologue, dentiste) de manière à prévenir l'apparition des pathologies.
- ↘ Favoriser la coordination entre les soins somatiques et psychiatriques en invitant la personne à informer son médecin généraliste de son suivi psychiatrique et réciproquement.
- ↘ Explorer avec la personne les raisons de l'absence de demande de soins somatiques ou de refus pour co-construire des solutions permettant l'accès aux soins.
- ↘ Réévaluer régulièrement, *a minima* chaque année et lors d'événements le nécessitant les besoins en accompagnement concernant l'accès aux soins somatiques et le bien être corporel.

La phase de sortie

- ↘ Lors de la sortie de l'ESSMS, co-construire avec la personne l'accompagnement nécessaire pour assurer la continuité des soins somatiques, en coordination avec le médecin traitant.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Intégrer, dans le projet d'ESSMS, la question de l'accès et de la continuité des soins somatiques, les modalités de mises en œuvre et la coordination avec les médecins traitants et les autres partenaires concernés.
- ↘ Proposer des actions d'éducation à la santé en fonction des besoins repérés et attentes formulées (individuellement ou dans le cadre du CVS) en interne ou dans le cadre de partenariat.

¹⁰⁸ Art. L. 4130-1 du code de la santé publique qui définit le rôle du médecin généraliste.

- ↘ Travailler en partenariat avec les professionnels mettant en œuvre des actions d'éducation à la santé (CMP, Centre de prévention et d'éducation à la santé (CPES), instituts régionaux d'éducation et de prévention à la santé, ateliers santé ville, planning familial, etc., professionnels ressources tels que les médecins, pharmaciens, diététiciens, infirmiers, etc.).
- ↘ Être particulièrement attentif aux thématiques relatives :
 - à l'hygiène de vie et au bien-être corporel (sommeil, alimentation, activités physiques, etc.);
 - aux effets secondaires des traitements sur la santé somatique (problèmes cardiaques, cholestérol, diabète, prise de poids, neurologique, etc.);
 - à la sexualité (effets secondaires du traitement, accès aux mesures contraceptives, protection contre les infections sexuellement transmissibles, etc.).
- ↘ Évaluer l'accès aux soins préventifs et curatifs des personnes en se dotant d'indicateurs de suivis, comme par exemple, le taux de consultations en soins somatiques des personnes accueillies.

Le partenariat

- ↘ Travailler en partenariat avec les professionnels de soins de proximité : médecins généralistes, dentistes, pharmaciens, etc.

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR L'ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

- « Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique », Recommandation de bonne pratique en psychiatrie (FFP-CNPP, labellisé par la HAS, 2015).
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (Anesm, 2013).

4 ACCOMPAGNER VERS LES SOINS LES PERSONNES QUI NE SONT PAS DEMANDEUSES DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Il est difficile, pour beaucoup de personnes d'accepter les troubles psychiques. « *La reconnaissance des troubles psychiques est un processus long et non linéaire. Beaucoup ont connu des hospitalisations qu'ils ont vécues comme des événements marquants, voire traumatisants. Ces hospitalisations ne signifient pas forcément pour les personnes une reconnaissance de leur maladie : elles peuvent les considérer comme un "épisode" exceptionnel, "un mauvais passage" qui n'a rien de chronique*¹⁰⁹ ». Certaines peuvent même les considérer comme une sanction. Les soins psychiatriques font parfois peur ou peuvent être jugés inadaptés par les personnes. Celles-ci peuvent alors refuser de se soigner ou de prendre leurs traitements médicamenteux. Pour ces raisons, les professionnels doivent donc amener progressivement la personne à accéder aux soins.

Deux situations peuvent exister au sein des ESSMS : des personnes n'ayant jamais eu accès à des soins psychiatriques spécialisés, d'autres ayant eu des soins mais étant en rupture. Dans la première situation, il s'agit de faciliter l'accès à un diagnostic et de faciliter un premier suivi psychiatrique, dans la deuxième, d'inscrire de nouveau la personne dans une démarche de soins, durables et adaptés.

¹⁰⁹ P. 111 Cédias Île-de-France. *Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique? Rapport de recherche.* Paris : Cédias, CNSA. 2010.

Effets attendus

- Les personnes refusant leurs troubles psychiques font l'objet d'un accompagnement spécifique afin de travailler progressivement et autant que possible la reconnaissance de la maladie et l'acceptation des soins correspondants.
- Les personnes ayant besoin d'un suivi psychiatrique en bénéficient.
- Les professionnels donnent du sens à l'accès aux soins psychiatriques.
- Les professionnels de l'ESSMS travaillent en partenariat avec les professionnels de la psychiatrie et les médecins traitants.

RECOMMANDATIONS

L'accompagnement de la personne

- ↳ Analyser en équipe interdisciplinaire les causes de l'absence de demande de soins.
- ↳ Construire des solutions susceptibles de faciliter le recours aux soins. Comme par exemple :
 - en partant du projet de vie de la personne et en analysant avec elle les entraves à sa mise en œuvre en raison des limitations induites par la maladie¹¹⁰ ;
 - en lui expliquant que les soins pourront augmenter ses chances de réaliser son projet ;
 - en lui exprimant les inquiétudes de l'équipe à son égard ;
 - en l'informant, selon des modalités adaptées, des bénéfices des soins, et notamment, la diminution de sa souffrance/douleur ;
 - en proposant, dans un premier temps, les soins en interne lorsque l'ESSMS est médicalisé pour faciliter l'adhésion aux soins par la personne ;
 - en repérant dans l'entourage de la personne (parents, amis, médecin traitant, etc.), les proches en qui elle a confiance pouvant l'accompagner vers les soins ;
 - en l'accompagnant vers des groupes d'entraides entre pairs afin qu'elle puisse bénéficier de témoignages de pairs rétablis ;
 - en sollicitant les dispositifs médicaux susceptibles de faciliter un premier accès au soin ;
 - etc.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↳ Favoriser l'entraide et l'échange des expériences entre pairs : partenariat vers des GEM (groupes d'entraides mutuelles), groupes d'expression au sein d'établissement, intervention de médiateurs santé-pairs, etc.
- ↳ Former les professionnels au cadre juridique concernant les droits des patients, et notamment le droit au refus de soins (loi du 4 mars 2002), le cadre juridique des soins sans consentement (loi de 2011 et 2013), le rôle de la personne exerçant les mesures de protection juridique (tutelle ou curatelle) et de la personne de confiance.
- ↳ Organiser la réflexion éthique concernant les refus/l'absence de soins.

¹¹⁰ Peintre C. (sous la dir.). Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique? Rapport de recherche. Paris : Cédias-Creai IdF, Dress, Mrie, CNSA. 2010. P. 111 « Prendre en compte la parole des usagers telle qu'elle est exprimée, partir de ce qui les préoccupe, de ce qu'ils reconnaissent de leurs limitations et de leurs attentes. Ainsi, la personne peut être dans un certain déni de ses difficultés psychiques ou être réticente à un suivi psychiatrique mais reconnaître des difficultés dans ses activités quotidiennes et sociales et attendre une aide pour les surmonter. L'approche globale du service d'accompagnement va permettre, à partir d'une intervention sur un domaine de vie (choisi et négocié avec l'usager), d'aider à la révélation de besoins qui dépassent le périmètre de l'accompagnement initial, et poser notamment la nécessité du suivi psychiatrique ».

Le partenariat

- ↳ Identifier et coordonner l'action de l'ESSMS avec les équipes sanitaires pouvant amener les personnes vers les soins : médecin traitant, équipes mobiles de secteur, équipes mobiles « psychiatrie précarité », équipes mixtes sanitaires-médico-sociales allant au domicile pour tenter d'amener vers les soins, Pass (Permanence d'accès aux soins-psy), etc. Prendre connaissance de l'existence des Programmes régionaux d'accès aux soins pour les personnes démunies (Praps).
- ↳ Se rapprocher des associations de famille ou d'usagers pour échanger sur les situations complexes et délicates, tout en garantissant une anonymisation des situations abordées.
- ↳ Évaluer les pratiques favorisant l'accès aux soins psychiatriques en se dotant de critères de suivi, par exemple taux d'accès aux soins psychiatriques des personnes qui n'étaient pas demandeuses.

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LE REFUS DE SOIN ET LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE

- « Analyser et accompagner les prises de risque et son refus de soin », P. 34 L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (Anesm, 2012).
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm, 2010).

5 PRÉVENIR, REPÉRER ET ATTÉNUER LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES PERSONNES

L'une des conséquences de handicap psychique est l'exacerbation de la souffrance psychique.

Celle-ci peut naître de la difficulté à supporter le regard de ceux qui rejettent le handicap et dévalorisent les personnes.

Elle peut aussi être liée aux symptômes de la maladie (idées suicidaires, angoisses, obsessions, phobies, etc.), aux effets secondaires des traitements et aux incapacités qui découlent de la maladie (difficultés à gérer son quotidien, à supporter les changements, perte des ambitions, etc.).

Elle peut résulter des conséquences des dysfonctionnements de l'accompagnement et de soins (manque de place, ruptures d'accompagnement, maladroites et incompréhensions, non-respect des droits des personnes, etc.) ou de la difficulté à accepter le fonctionnement du secteur médico-social (confrontation avec les professionnels, les autres personnes accompagnées, etc.)

ILLUSTRATION - PAROLES DE PERSONNES ACCOMPAGNÉES

« (...) Lorsque l'on perd la raison et que l'on nage en plein délire, on ne souhaite ni lire, ni écrire, ni faire quoi que ce soit, on voudrait juste une mort douce, juste pour dire en pleine partie de Monopoly : Pouce (...)

Quand mon esprit amorce une descente aux enfers,
Regarde-moi, dis-moi des mots tendres pour me soulager
De cette féroce et oppressante parade (...)

Effets attendus

- Les personnes sont valorisées et reconnues.
- La singularité du comportement et des aptitudes est acceptée de la part de l'entourage de la personne.
- La souffrance de la personne est reconnue et écoutée. La personne est entourée.
- La souffrance est, autant que possible, atténuée.

RECOMMANDATIONS

L'accompagnement de la personne

- ↘ Repérer la souffrance psychique de la personne, reconnaître la légitimité de celle-ci et témoigner de l'empathie. Chaque professionnel veille, de sa place, à trouver la juste proximité.
- ↘ Être particulièrement attentif lors des situations de changements (de lieu d'habitation, de traitement, de situation familiale, de vie professionnelle, etc.)¹¹¹ en :
 - se rendant disponible auprès de la personne pour échanger autour de ses questionnements et inquiétudes éventuelles ;
 - préparant les changements avec elle (visite des lieux, stages, etc.) ;
 - l'accompagnant vers les soins autant que nécessaire.
- ↘ Après analyse en équipe pluridisciplinaire, co-construire avec la personne des propositions susceptibles d'apaiser sa souffrance. Comme par exemple :
 - l'accompagner vers un renforcement des soins ;
 - l'orienter vers un psychologue (de l'établissement ou non) ;
 - l'orienter vers un groupe d'entraide mutuelle ;
 - etc.
- ↘ Intervenir en coordination avec les autres acteurs de l'accompagnement, les aidants familiaux et les soignants.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Faire évoluer le projet d'établissement/les procédures, en associant les personnes accompagnées (notamment dans le cadre du conseil de la vie sociale) afin de limiter les facteurs institutionnels susceptibles d'être générateurs de souffrance : la procédure d'accueil, les conflits et les situations de non-respect des droits, les exigences normatives, la promiscuité, etc.
- ↘ Soutenir et développer les postures et les actions, individuelles et collectives, susceptibles de favoriser l'estime de soi des personnes accompagnées, leur participation aux décisions qui les concernent individuellement, ainsi que leur participation au fonctionnement de l'établissement.¹¹²

RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement (Anesm, 2014).

¹¹¹ « Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans le parcours des personnes accueillies en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale », Anesm, 2015.

¹¹² Voir chapitre sur « la personne : acteur et citoyen ».

6 SOUTENIR LES PERSONNES DANS LEUR PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT

« Le rétablissement est un processus et non un point final ou un résultat. Se rétablir ne veut pas dire que l'on est "guéri" ou simplement dans un état stable. Le rétablissement est un processus de transformation au cours duquel on accepte ses limites et découvre en soi tout un potentiel de possibilités. C'est là le paradoxe du rétablissement : en acceptant ce que nous ne pouvons pas faire ou être, nous découvrons qui nous pouvons être et ce que nous pouvons faire. Le rétablissement est un art de vivre¹¹³ ». Cette prise de conscience place la personne en position d'acteur de ses soins et lui permet de gagner en qualité de vie. Il s'agit d'un processus personnel qui peut être soutenu par l'éducation thérapeutique, l'entraide entre pairs (dans les groupes de parole des associations d'usagers, les services de soins intégrant des pairs aidants bénévoles ou professionnels), l'accompagnement des professionnels, le soutien des aidants familiaux et de l'entourage, etc.

ILLUSTRATION - PAROLE D'UNE PERSONNE ACCOMPAGNÉE

« C'est étonnant à dire, mais la maladie ça m'a apporté des choses. Avant, j'avais tendance à juger un peu rapidement les gens sur leur apparence, à l'emporte-pièce. Le GEM m'a appris beaucoup. Je vais désormais beaucoup plus au fond des choses, j'apprends à connaître les gens. Je ne suis plus pareil. Comme quoi, ça peut apporter des choses, ça peut servir les difficultés. On peut dire que ça m'a rendu service. J'ai appris à m'ouvrir davantage. »

Effets attendus

- La personne comprend et accepte l'impact de sa maladie sur sa vie courante et ses relations avec son environnement. Elle reconnaît également ses potentialités.
- La personne est actrice de ses soins autant que possible. Elle est à même de solliciter les soins médicaux et non médicaux dont elle a besoin et de réaliser une démarche d'hospitalisation volontaire.
- Le partage d'expériences avec des pairs ayant trouvé des solutions favorise le rétablissement.
- Le bien-être de la personne est amélioré.
- Les professionnels reconnaissent les capacités des personnes à devenir des spécialistes de la gestion de leur maladie.¹¹⁴ Les personnes sont écoutées dans leur expertise sur leur traitement.
- Les proches comprennent mieux le handicap de la personne. Ils restent mobilisables en tant que partenaires du projet de rétablissement de la personne aidée. L'adaptation de leurs attitudes a un effet bénéfique sur le bien-être de la personne.

¹¹³ Patricia Deegan, 1996 in, *Recovery, vers le rétablissement. Maladies psychiques*, Fondation Suisse Pro-mente Sana, 2011.

¹¹⁴ PP 99-110 Dominique Sinner « la citoyenneté : une pratique et un cheminement au quotidien ». *La participation. Les GEM, un modèle exemplaire*. BOUCHER G., Édition champ social. « Les malades sont porteurs d'expertise. Chaque parcours, chaque récit, montre à quel point, parce qu'ils sont dans la maladie et parce qu'ils circulent dans des espaces où ils peuvent parler, partager, penser la maladie et ses effets, ils deviennent spécialistes. En regardant les autres, en mettant des mots sur ce qu'ils vivent, ils mettent de la distance et peuvent prévenir et anticiper certaines situations de crise. Leur pertinence se développe entre autres par les conversations entre soi, c'est-à-dire entre pairs, et par les discussions avec d'autres, les animateurs, les bénévoles, les intervenants, le voisinage, les familles. Ces conversations, échanges ordinaires, informels, participent d'une élaboration fine des connaissances (...). Sans que les GEM soient des lieux médicaux, ce sont des lieux où le soin se parle, le vécu se partage plus facilement, et la connaissance issue de l'expérience se construit. L'expertise des malades provient essentiellement de "leur" intimité avec la maladie, le "savoir gnose" dont parle Georges Lerbet (2007) dans le processus d'apprentissage expérientiel. La personne, malade psychique, n'est pas seulement actrice de sa maladie parce qu'elle la vit, mais bien parce qu'elle la connaît. Le GEM, lieu d'échange protégé, produit de la connaissance et de la reconnaissance, qui se co-construit de manière dynamique, et les adhérents peuvent porter cette richesse et cette connaissance hors les murs ».

RECOMMANDATIONS

L'accompagnement de la personne

- ↳ Accompagner la personne, en complémentarité avec son médecin et l'équipe de secteur, à devenir spécialiste de la gestion de sa maladie. Par exemple :
 - en l'aidant à prendre soin d'elle ;
 - en la soutenant dans la reconnaissance des limitations liées à sa maladie ;
 - en l'aidant à prendre conscience de ses potentialités ;
 - en valorisant les stratégies qu'elle met en place pour faire face aux limitations induites par la maladie et en l'aidant à reconnaître ses potentialités ;
 - en l'accompagnant dans la mise en œuvre de ses soins (par exemple : savoir solliciter son médecin, demander une hospitalisation, devenir responsable de sa prise de médicaments, etc.) ;
 - en l'aidant à se construire des outils pratiques (comme par exemple pour mémoriser ses rendez-vous, suivre son protocole de soins, etc.) ;
 - en l'orientant vers des groupes d'échanges entre pairs, des modules d'éducation thérapeutique, etc. ;
 - etc.

ILLUSTRATION

« Grâce aux professionnels du SAVS, cela m'a permis de comprendre que je n'étais pas seul. J'ai pu mieux gérer ma maladie et rencontrer des professionnels qui ont l'aplomb nécessaire pour soutenir avec les bons mots, les bonnes questions, le bon regard, les bons réflexes au moment où on en a besoin. »

- ↳ Reconnaître le rôle des proches dans l'accompagnement au processus de rétablissement de la personne en leur donnant/laissant une place de collaborateur dans l'accompagnement de la personne (sous réserve de l'accord de la personne).
- ↳ Accompagner les aidants familiaux dans leur compréhension du handicap pour adopter des attitudes adaptées :
 - en orientant/proposant des modules de formation/éducation (par exemple : Pro famille¹¹⁵) ;
 - en transmettant des documents/guides destinés aux familles¹¹⁶ ;
 - etc.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↳ Accompagner vers ou construire des actions d'information et de sensibilisation collectives sur le rétablissement : ateliers d'échanges entre pairs, diffusion ou construction d'outils pédagogiques, etc. Construire ces actions en associant les usagers, les aidants familiaux, et les partenaires de la psychiatrie.
- ↳ Former les professionnels soignants à l'éducation thérapeutique et les sensibiliser à la notion de rétablissement. Favoriser la transmission aux autres membres de l'équipe.

¹¹⁵ ProFamille est un programme psychoéducatif structuré, destiné aux proches d'un malade souffrant de schizophrénie. Initialement développé au Québec par le professeur Hugues Cormier en 1988, ProFamille est aujourd'hui largement diffusé dans le monde francophone.

¹¹⁶ Par exemple : Unafam. *L'indispensable. Guide à l'intention des membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale*. Paris : Unafam, 2012.

Un SAVS a mis en place un « module de formation » sur la santé mentale à destination des personnes accompagnées. Dans ce « module » des réunions d'informations, de sensibilisation et d'échanges sont organisées. Des médecins et des pharmaciens y interviennent.

Le partenariat

- Travailler en partenariat avec les associations d'usagers, les groupes d'entraide mutuelle, les médiateurs de santé pairs.
- Identifier, sur le territoire, les acteurs proposant des actions d'éducation thérapeutique : médecin traitant, ateliers santé ville, programme d'éducation thérapeutique, centres ressources, soins de remédiation, etc. Travailler en coordination avec ces acteurs.

PUBLICATIONS SUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040214/fr/fiche-2-proposer-une-education-therapeutique-au-patient
- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

7 PRENDRE EN COMPTE LES ÉVENTUELLES CONDUITES ADDICTIVES

Les conduites addictives ne sont pas spécifiques au handicap psychique mais peuvent y être associées.¹¹⁷ L'usage de l'alcool ou des stupéfiants peuvent jouer un rôle anti-anxiogène, de somnifères ou atténuer les sentiments de mal être.¹¹⁸ L'ivresse est parfois utilisée pour diminuer les hallucinations sonores et l'angoisse ou pour compenser un sentiment d'isolement.¹¹⁹ Pour ces raisons, les personnes handicapées constituent un groupe vulnérable aux addictions.

Outre l'impact défavorable sur la santé et sur l'espérance de vie, les conséquences sociales négatives de ces pratiques (comportements inadéquats, isolement, difficultés budgétaires, etc.) peuvent constituer un frein à la mise en place du projet de vie des personnes. Or, les professionnels des ESSMS ne sont pas toujours préparés ou formés à la prise en compte des pratiques addictives et aux pratiques de réduction des risques.¹²⁰

L'ORGANISATION DES INTERVENANTS DU SECTEUR DE L'ADDICTOLOGIE

La prise en charge des pratiques addictives relève d'intervenants des champs sanitaires, médico-sociaux, des collectivités locales (municipalités et départements) et des associations d'usagers.

Dans le secteur sanitaire, les consultations sont mises en œuvre par des médecins de ville ou au sein de services hospitaliers. Les hospitalisations sont mises en œuvre au sein des services addictologiques des hôpitaux généraux ou psychiatriques, publics ou privés. Certaines consultations ou services sont spécialisés dans un type d'addictions (par exemple, le tabac, l'alcool, les stupéfiants, etc.), d'autres sont généralistes. Il existe également des SSR (Services de soins et de réadaptation) spécialisés en addictologie.

¹¹⁷ D'après les données publiées en 1993 et 1994, jusqu'à la moitié des personnes avec un diagnostic de schizophrénie avaient aussi un diagnostic d'abus ou de dépendance. Drake et co, *detection of substance use disorders in severely mentally- ill patients*. Community Mental Health journal 2993, 29 : 175-192.

¹¹⁸ P. 28 *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée. Analyse de la littérature*. Anesm. 2013.

¹¹⁹ *Op. cit.*

¹²⁰ P. 35 Peintre (sous la dir.) Cédias Ile-de-France. *Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique?* Synthèse et recommandations. Paris : Cédias-CREAI IDF-Dress-Mire-, CNSA. 2011

Il existe également deux dispositifs médico-sociaux : les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (Caarud). Ces deux dispositifs ont la particularité de proposer un accompagnement global de la personne. Les Csapa peuvent également mettre en œuvre des actions de prévention collectives (en milieu scolaire, au travail, etc.) ou participer à leur mise en œuvre.

Les ateliers santé ville (au niveau des municipalités) et les Instituts régionaux de promotion et d'éducation à la santé (Ireps), mettent en place des actions de prévention et de réduction des risques.

Les associations d'usagers complètent ce dispositif, notamment sur des actions d'entraide entre pairs.

Effets attendus

- Les professionnels de l'ESSMS travaillent en partenariat avec les acteurs de l'addictologie, tant sur le volet préventif, de réduction des risques, que curatif.
- Les personnes sont informées des risques liés aux pratiques addictives, et plus particulièrement l'alcool et les drogues illicites, et des moyens pour être aidées.
- Lorsque les personnes expriment la demande, elles sont accompagnées vers les soins spécialisés.
- Les professionnels prennent en compte l'absence de demande. Ils apportent des réponses adaptées.

RECOMMANDATIONS

L'accompagnement de la personne

- ↘ En fonction des attentes de la personne et d'une co-évaluation de ses besoins, co-construire un accompagnement vers les soins spécialisés dans le domaine de l'addiction.
- ↘ Retracer avec la personne les éventuels suivis antérieurs dont elle aurait bénéficié concernant ses addictions.
- ↘ Accompagner la personne vers son médecin traitant qui l'orientera, le cas échéant, vers des consultations spécialisées (alcoologie, tabacologie, etc.), des associations d'usagers (alcooliques anonymes, etc.), un CAARUD, un CSAPA, etc.
- ↘ Faire émerger une demande de soins liés aux addictions pour les personnes n'en formulant pas.
- ↘ Intervenir en coordination, sous réserve de l'accord de la personne, avec les autres acteurs de l'accompagnement : équipe de secteur de psychiatrie, service d'accompagnement, aidants familiaux, etc.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Accompagner vers/ou organiser des actions de sensibilisation et d'information sur les risques liés aux pratiques addictives (et notamment les interactions avec les neuroleptiques).
Co-construire ces actions avec les usagers et les partenaires de l'addictologie.
- ↘ Sensibiliser/former l'ensemble de l'équipe aux pratiques d'accompagnement concernant les pratiques addictives et la réduction des risques.

Le partenariat

- ↘ Identifier les acteurs de l'addictologie sur le territoire (professionnels et associations d'usagers) et travailler en partenariat avec ces derniers.

RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LES ADDICTIONS

- La prévention des risques et des dommages liés aux pratiques addictives (lettre de cadrage, Anesm, 2016).

L'essentiel L'accès et la continuité des soins

ASSURER L'ACCOMPAGNEMENT GARANTISSANT LE BIEN-ÊTRE PSYCHIQUE ET LA CONTINUITÉ DES SOINS PSYCHIATRIQUES

- Recueillir auprès de la personne les contextes et les éléments qui favorisent sa stabilité/son bien-être psychique.
- Recueillir auprès de la personne les modalités de mise en œuvre de ses soins psychiatriques.
- En présence de la personne et/ou avec son accord, associer si nécessaire son médecin/ses aidants familiaux, etc. au recueil de ces éléments.
- Les intégrer dans le dossier partagé de la personne.
- Informer la personne de la nécessité de ce partage et lui indiquer qu'elle peut s'y opposer.
- Lorsque l'ESSMS est médicalisé, échanger entre professionnels médicaux les informations médicales nécessaires à la continuité des soins. Réaliser ce recueil en présence de la personne ou avec son accord.
- Construire les modalités de collaboration avec le médecin chargé du suivi psychiatrique de la personne. Y associer la personne.
- Co-construire avec la personne l'accompagnement nécessaire pour assurer la continuité de ses soins psychiatriques.
- Mettre en place des espaces interdisciplinaires de réflexion sur les pratiques visant à « prendre soin ».
- Former les professionnels pour qu'ils développent leurs capacités à « prendre soin ».
- Mettre en place un management/une organisation favorisant le bien-être au travail des professionnels.
- Définir le rôle des psychologues et des professionnels soignants (infirmier, médecin) au sein de l'ESSMS.
- Former les professionnels au travail partenarial avec les acteurs de la psychiatrie.
- Identifier, sur le territoire, les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale.
- Solliciter les professionnels du territoire de psychiatrie pour construire/réactualiser le projet de l'établissement ou de service.
- Intégrer, autant que possible, les instances partenariales territoriales, et notamment le Conseil local de santé mentale.
- Co-construire un partenariat avec le secteur de psychiatrie où est implanté l'ESSMS.
- Associer les associations d'usagers et d'aidants à la réflexion concernant le contenu du partenariat.
- Faire vivre le partenariat en rencontrant les équipes de secteur chaque fois que nécessaire dans la logique de l'action concertée.
- Favoriser la connaissance partagée entre les professionnels de la psychiatrie et médico-sociaux en participant à des temps de formation et de réflexions communs sur les pratiques.
- S'assurer que ces formations/réflexions intègrent systématiquement des usagers et des aidants non professionnels.





METTRE EN PLACE L'ACCOMPAGNEMENT NÉCESSAIRE CONCERNANT LA PRISE DE TRAITEMENTS PSYCHOTROPES

- Recueillir auprès de la personne, et sous réserve de son accord, de son médecin prescripteur et éventuellement de ses proches, l'aide dont elle a besoin pour prendre son traitement.
- Co-construire avec la personne l'accompagnement nécessaire à la prise de traitement.
- Observer les signes potentiellement révélateurs d'un arrêt des traitements et être à l'écoute des propos de la personne concernant son traitement.
- L'inviter à dialoguer avec son médecin prescripteur et lui proposer, si elle le souhaite, de faire le lien avec son médecin.
- En cas de refus de traitement, dialoguer avec la personne et l'encourager à échanger avec son médecin prescripteur.
- En cas de danger pour la personne, pour son entourage ou pour le professionnel, alerter son médecin, en ayant préalablement informé la personne. Informer l'encadrement/le soignant de l'établissement ou du service.
- Réévaluer régulièrement, *a minima* chaque année et lors d'événements le nécessitant, les besoins en accompagnement concernant la prise de traitement.
- Construire et réactualiser autant que nécessaire, un protocole concernant la prescription, l'achat et la préparation des piluliers, le stockage, l'aide à la distribution des traitements et la traçabilité en respectant le cadre juridique. Intégrer dans ce protocole les pratiques en cas de refus de traitement.
- Former les professionnels à la connaissance des effets des psychotropes dans la vie quotidienne en sollicitant l'intervention de pharmaciens et médecins.
- Porter à la connaissance des professionnels leurs missions quant à la prise de traitement conformément au protocole établi au sein de l'établissement.

ASSURER L'ACCOMPAGNEMENT GARANTISSANT L'ACCÈS ET LA CONTINUITÉ DES SOINS SOMATIQUES ET LE BIEN-ÊTRE CORPOREL

- Recueillir auprès de la personne les coordonnées de son médecin traitant. Si elle n'en a pas, la sensibiliser à l'intérêt d'en désigner un et l'accompagner dans ses démarches.
- En fonction des missions de l'ESSMS, recueillir ses besoins en accompagnement et en soins infirmiers liés à ses éventuelles maladies chroniques à expression somatique.
- En fonction des besoins et attentes identifiées, co-construire un accompagnement personnalisé autour de l'hygiène de vie et du bien-être corporel.
- Accompagner, si nécessaire, la personne vers son médecin traitant, les consultations périodiques et les bilans de santé gratuits.
- Analyser les raisons de l'absence de demande concernant les soins somatiques pour construire des solutions adaptées.
- Favoriser la coordination entre les soins somatiques et psychiatriques en invitant la personne à informer son médecin généraliste de son suivi psychiatrique et réciproquement.
- Réévaluer régulièrement, *a minima* chaque année et lors d'événements le nécessitant, les besoins en accompagnement concernant l'accès aux soins somatiques et le bien être corporel.





- Intégrer, dans le projet d'ESSMS, la question de l'accès et de la continuité des soins somatiques.
- Proposer des actions d'éducation à la santé en fonction des besoins repérés et attentes formulées.
- Travailler en partenariat avec les professionnels de soins de proximité.

ACCOMPAGNER VERS LES SOINS LES PERSONNES QUI NE SONT PAS DEMANDEUSES DE SOINS PSYCHIATRIQUES

- Analyser en équipe interdisciplinaire les causes de l'absence de demande de soins psychiatriques.
- Construire des solutions susceptibles de faciliter le recours aux soins.
- Favoriser l'entraide et l'échange des expériences entre pairs.
- Former les professionnels au cadre juridique concernant les droits des patients, et notamment les situations d'absence de demande et de refus de soins (loi du 4 mars 2002), le cadre juridique des soins sans consentement, le rôle des personnes exerçant les mesures de protection (tutelle et curatelle) et de la personne de confiance.
- Organiser la réflexion éthique concernant l'absence de demande de soin et les refus de soins.
- Coordonner l'action de l'ESSMS avec les équipes sanitaires pouvant amener les personnes vers les soins.

PRÉVENIR, REPÉRER ET ATTÉNUER LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES PERSONNES

- Repérer la souffrance psychique de la personne, reconnaître la légitimité de celle-ci et témoigner de l'empathie.
- Être particulièrement attentif lors des situations de changements.
- Accompagner la personne vers des professionnels du soin, un groupe d'entraide mutuelle, etc.

SOUTENIR LES PERSONNES DANS LEUR PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT

- Accompagner la personne, en complémentarité de son médecin/l'équipe de secteur, à devenir spécialiste de la gestion de sa maladie.
- Reconnaître le rôle des proches dans l'accompagnement au processus de rétablissement de la personne en leur donnant/laissant une place de collaborateur.
- Accompagner les aidants familiaux dans leur compréhension du handicap pour adopter des attitudes adaptées.
- Former les professionnels soignants à l'éducation thérapeutique et les sensibiliser à la notion de rétablissement.
- Travailler en partenariat avec les associations d'usagers, les groupes d'entraide mutuelle, les médiateurs de santé pairs.
- Identifier, sur le territoire, les acteurs proposant des actions d'éducation thérapeutique à destination des personnes ou de leurs proches.





PRENDRE EN COMPTE LES ÉVENTUELLES CONDUITES ADDICTIVES

- En fonction des pratiques addictives repérées et des besoins formulés de la personne, proposer un accompagnement personnalisé visant à l'aider à réduire les risques relatifs à ses pratiques addictives.
- Faire émerger une demande de soins dans le traitement des addictions pour les personnes ne formulant pas de demandes
- Accompagner vers/ou organiser des actions collectives de sensibilisation et d'information sur les risques liés aux pratiques addictives (et notamment les interactions avec les neuroleptiques).
- Sensibiliser/former l'ensemble de l'équipe aux pratiques d'accompagnement concernant la réduction des risques liées aux pratiques addictives.
- Travailler en partenariat avec les acteurs de l'addictologie sur le territoire.

EXEMPLES DE CRITÈRES DE SUIVI DE L'ACCÈS ET LA CONTINUITÉ DES SOINS

- Nombre de personnes pour lesquelles au moins un échange (physique ou téléphonique) a eu lieu avec les professionnels de la psychiatrie au cours des douze derniers mois (en présence de la personne ou avec son accord).
- Nombre de personnes ayant eu accès à une consultation de soins somatiques au cours des douze derniers mois.

Exemple pour l'analyse de ces critères : chaque année l'équipe analyse avec les partenaires du soin deux dossiers : un pour lequel le travail de coordination a été exemplaire et un autre pour lequel des difficultés ont été identifiées.

1 REPÉRER, PRÉVENIR ET GÉRER LES ÉPISODES DE « CRISES » ET LES HOSPITALISATIONS

L'une des spécificités du handicap psychique est le caractère variable et évolutif des troubles. Des facteurs environnementaux, personnels, liés l'arrêt des traitements, à la maladie, etc. peuvent déstabiliser la personne. Celle-ci peut passer par un épisode aigu qui est un moment de « crise ». Certaines peuvent être des épisodes suicidaires. Dans ces situations, la personne peut avoir besoin d'une écoute renforcée, de soins médicaux, de traitements médicamenteux, voire d'une hospitalisation. Ces moments de déstabilisation peuvent parfois être prévenus ou atténués dès lors que la parole des personnes est prise en compte et que les « signaux faibles » annonciateurs d'une crise sont repérés. Ceci implique des compétences de la part des professionnels pour repérer et comprendre les comportements parfois « étranges » afin d'ajuster ses modalités relationnelles pour ne pas accélérer ou aggraver une situation de crise. L'objectif est également d'apporter une réponse graduée, en complémentarité avec l'entourage de la personne et les professionnels du soin.

La qualité de vie des personnes se trouve alors améliorée et le recours à l'hospitalisation est parfois évité.

Effets attendus

- Autant que faire se peut, les signes annonciateurs d'une « crise » sont repérés par la personne concernée, les professionnels et son entourage. Autant que possible, les risques suicidaires sont repérés.
- La personne est écoutée et apaisée, autant que possible. Les professionnels sont en capacité d'ajuster leur comportement.
- Les proches sont des partenaires de la personne dans la gestion des crises.
- La réponse est graduée.
- Des alternatives à l'hospitalisation sont mises en œuvre, dans la mesure du possible.
- Les parcours sanitaire/médico-sociaux sont fluidifiés.

RECOMMANDATIONS

La phase d'admission

- ↳ Recueillir auprès de la personne les éléments susceptibles d'aider au repérage, à la prévention et à la gestion des crises. Ce recueil peut être réalisé grâce à des outils/grilles.

Il s'agit d'aborder :

- les contextes ou situations ayant provoqué des crises par le passé : les moments de la journée (par exemple, les moments de transitions, les soirs), de la semaine (week-ends par exemple), ou de l'année (saisons, dates anniversaires, deuils, etc.), les lieux, les événements (familiaux, politiques, climatiques, problème somatique, etc.), le contexte relationnel (incompréhension avec un proche, un professionnel, sentiment d'être jugé, etc.), les situations qui génèrent du stress, les personnes favorisant les crises (collègue de travail, autre personne hébergée, etc.);
- les stratégies qu'elle a éventuellement développées pour y faire face (techniques d'apaisement, prise de contact avec son médecin, avec ses proches, etc.);
- les signes qu'elle a identifiés comme potentiellement annonciateurs d'une « crise » ;
- les habitudes de vie ;
- ses indications et souhaits quant aux modalités de gestion d'une éventuelle « crise » ;

- les personnes de son entourage (personne de confiance, médecin traitant, aidant familial, autre professionnel, voisin, commerçant, etc.) qui peuvent solliciter les professionnels de l'ESSMS s'ils repèrent des signes inquiétants ou que les professionnels peuvent solliciter en cas de « crise ».
- ↳ Associer les autres professionnels des soins et de l'accompagnement ainsi que la personne de confiance ou ses aidants familiaux, au recueil de ces informations. Réaliser ce recueil en présence de la personne et/ou avec son accord.
- ↳ Intégrer ces éléments dans son dossier, après avoir informé la personne de la nécessité de ce partage et de sa possibilité de s'y opposer. Assurer la mise à jour régulière de ces informations.

L'accompagnement de la personne

- ↳ Repérer (autant que possible), les éventuels changements qui pourraient être révélateurs des signes d'une « crise ».
- ↳ Aller vers la personne si elle ne sollicite pas ou peu les professionnels :
 - en prenant contact avec elle en cas d'absences ou de rendez-vous manqués ;
 - en organisant des contacts réguliers (téléphoniques ou physiques) ;
 - en lui expliquant l'objectif de cette « veille » (il ne s'agit pas de contrôle ou de surveillance mais de bienveillance).
- ↳ Développer une vigilance particulière auprès de la personne lors :
 - de moments identifiés comme potentiellement difficiles pour elle (week-ends, fêtes, dates anniversaires, événements marquants) ;
 - des changements (dans l'habitat, la vie professionnelle, la vie familiale, etc.) et des situations de transition potentiellement générateurs de stress.
- ↳ Se rendre disponible lorsque l'entourage de la personne (aidants familiaux, voisins, autres personnes accompagnées, commerçants, autres professionnels, etc.) sollicite les professionnels pour faire part des observations qu'ils jugent inquiétantes. Informer la personne de cette sollicitation.

POINT DE VIGILANCE

Dans certaines situations, une personne en pré-crise pourra être dans une interprétation très négative de la sollicitation des proches avec des impacts sur les liens familiaux à long terme. Lorsque la personne semble avoir perdu la lucidité sur elle-même, il convient d'étudier, en équipe pluridisciplinaire, l'opportunité ou non de l'informer de la sollicitation des proches, en évaluant les bénéfices/risques d'une telle information.

- ↳ Apporter une réponse réactive et graduée en cas d'observation de signes manifestement inhabituels :
 - prendre le temps d'échanger avec la personne sur les causes de ses troubles et sur ses besoins ;
 - proposer d'interrompre, de ne pas entreprendre ou de décaler les tâches initialement programmées (activité, visite, etc.) ;
 - permettre à la personne d'être en retrait de son environnement ;
 - dialoguer avec elle sur la continuité de son suivi psychiatrique (rendez-vous auprès de son médecin honoré, observance du traitement, etc.) ;
 - lui proposer de solliciter une personne ressource pour elle (personne de confiance, famille, amis, psychologue, etc.) auprès de laquelle elle pense pouvoir trouver du réconfort ;
 - renforcer la présence (visites plus fréquentes, temps passé avec la personne plus important, etc.) aussi longtemps que nécessaire ;
 - inviter la personne de prendre son traitement prescrit en cas de « crise » ;
 - etc.

- ↘ Si nécessaire, solliciter les compétences des professionnels de la psychiatrie en apportant une réponse graduée selon le degré d'urgence et l'intensité de la crise :
 - l'inviter à contacter son médecin/infirmier référent par téléphone et/ou le réaliser avec elle ;
 - l'accompagner pour se rendre chez son médecin (à l'hôpital, au centre d'accueil de crise, au centre médico-psychologique, etc.) ;
 - solliciter une consultation à domicile ou au sein de l'ESSMS (d'une équipe mobile, visite à domicile ou au sein de l'ESSMS par l'équipe de secteur psychiatrique, etc.) si son état le nécessite ;
 - solliciter l'intervention des services d'urgence.
- ↘ Mettre en place, en coordination avec les acteurs de la psychiatrie, les conditions permettant le renforcement temporaire des soins de la personne. Organiser la disponibilité des professionnels devant l'accompagner.
- ↘ Formaliser par écrit les observations et les interventions mises en œuvre.

L'accompagnement des proches

- ↘ Favoriser des temps d'échange sur le rôle des pairs et des aidants familiaux dans le repérage, la prévention et la gestion des crises.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Organiser des temps d'échange et d'analyse des pratiques interdisciplinaires réguliers pour analyser les signes inquiétants et mener une réflexion sur les comportements à adopter, y compris en cas de risque suicidaire.

ILLUSTRATION

Dans un foyer de vie, une réunion quotidienne est organisée en présence de l'infirmière et de la psychologue. Les professionnels échangent sur les signes inquiétants qu'ils observent afin de pouvoir ajuster leur accompagnement.

- ↘ Organiser une permanence d'accueil et d'écoute au sein de l'ESSMS aussi large que possible. Informer les personnes accompagnées de l'organisation prévue lors de la remise du livret d'accueil. Les inviter à solliciter les professionnels lorsqu'ils se sentent en difficultés. Les informer des permanences extérieures en dehors des horaires d'ouverture de l'ESSMS (centre d'accueil et de crise par exemple, etc.).

ILLUSTRATION

Dans un Samsah, les personnes accompagnées ont la possibilité de joindre par téléphone en journée la permanence téléphonique. La secrétaire chargée de l'accueil propose une écoute. Si nécessaire, elle oriente les personnes vers un professionnel chargé de leur accompagnement. Un accueil physique est également mis en place. Les personnes ont la possibilité de se rendre au Samsah en journée si elles en éprouvent le besoin. Elles sont reçues par un professionnel présent.

- ↘ Intégrer l'écoute, l'observation, la disponibilité et la « veille » dans les missions de tous les professionnels :
 - en les intégrant dans les fiches de postes et dans les plannings ;
 - en formant les professionnels chargés de l'entretien et de la logistique, de l'accueil téléphonique et physique à ces fonctions d'écoute, d'accueil, et de gestion des situations de « crise » et de violence éventuelle.

- ↘ Positionner les soignants de l'ESSMS et/ou de la psychiatrie, comme « personnes ressources » pour les accompagnants (AMP, éducateurs, etc.) dans le repérage, la prévention et la gestion des « crises ». Faire figurer cette fonction dans les fiches de poste et/ou dans les conventions de partenariat. En informer les accompagnants.
- ↘ Former et sensibiliser les professionnels au repérage, à la prévention et à la gestion des crises. C'est-à-dire :
 - à l'écoute, à l'observation, au repérage des signes (dont les signes pouvant révéler une intention de suicide) dans la vie quotidienne (hygiène, alimentation, etc.), la vie sociale (isolement, refus des aides, etc.), l'expression des émotions et des sentiments inquiétants (tristesse exacerbée, euphorie, agressivité, angoisse, culpabilité, etc.), la verbalisation d'idées suicidaires, etc. ;
 - à savoir décrire précisément les signes inquiétants et les changements inhabituels pour les partager en équipe et avec les soignants ;
 - à trouver des mots/postures/reactions justes avec une personne en « crise » et ayant des comportements inquiétants (angoisses, phobies, comportements « bizarres », violents, perturbateurs, etc.) ;
 - à construire une relation et une communication avec une personne en « crise » ;
 - à l'utilisation d'outils de repérage, de prévention et de gestion des crises, dont les crises suicidaires.
- ↘ Garantir la souplesse nécessaire dans la mise en œuvre du règlement de fonctionnement afin de tenir compte de la variabilité des troubles. Ce règlement doit être clair et connu de tous.

ILLUSTRATION - PRATIQUES D'UN CENTRE DE FORMATION POUR PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES

Dans un centre de formation, le respect des horaires est présenté aux stagiaires comme une nécessité. Toutefois, certaines personnes peuvent avoir des angoisses importantes ou des difficultés à se lever, il leur est donc difficile de respecter les horaires. Lorsqu'une personne arrive en retard, les professionnels lui rappellent le cadre tout en dédramatisant auprès d'elle afin que cela ne génère pas davantage de stress.

- ↘ Garantir une continuité de l'encadrement pour pouvoir mettre en place les ajustements nécessaires des modalités d'accompagnement et de l'organisation.

RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LE REPÉRAGE, LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES CRISES

- « Les comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses (Anesm, à paraître).

2 AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PENDANT LES « CRISES » NÉCESSITANT UNE HOSPITALISATION

Si une partie des hospitalisations peuvent être prévenues grâce au repérage précoce des signes inhabituels et à l'ajustement de l'accompagnement proposé, elles ne peuvent pas toutes être évitées. Sans préparation et anticipation, elles se déroulent parfois dans l'urgence et la contrainte. Elles sont alors difficiles à vivre, tant pour la personne accompagnée, que pour ses proches et pour les professionnels.

Par ailleurs, il peut exister des tensions entre les professionnels du sanitaire et du médico-social/social lors des « crises ». Les professionnels du médico-social/social témoignent parfois des difficultés à mobiliser le secteur sanitaire dans les situations de crise nécessitant, de leur point de vue, une prise en charge psychiatrique à temps complet. Cela résulte parfois d'un déficit en lits d'hospitalisations ou d'incompréhensions concernant le périmètre d'intervention de chacun. D'un côté, les professionnels de la psychiatrie peuvent estimer que la médicalisation de l'ESSMS permet de répondre aux besoins en soin de la personne. De l'autre côté, les professionnels du social/médico-social peuvent avoir des difficultés à évaluer les situations d'urgence psychiatrique, celles qui nécessitent des soins psychiatriques et celles qui peuvent être prises en charge par les professionnels de l'ESSMS. Ces incompréhensions soulignent la nécessité d'un travail de partenariat entre le sanitaire et le médico-social/social afin de construire des évaluations partagées et de formaliser les interventions réciproques.

ILLUSTRATION - PAROLE D'UNE PERSONNE ACCOMPAGNÉE

« L'hospitalisation génère un stress, pour moi. Les gens la vivent mal la plupart du temps. J'ai vécu mon hospitalisation comme un échec face à la société ».

Effets attendus

- Les hospitalisations sont anticipées et préparées avec la personne.
- Autant que possible, les hospitalisations sont programmées et ne se font pas dans l'urgence.
- Autant que possible, le consentement de la personne est recherché et les hospitalisations sans consentement sont évitées.
- Les hospitalisations sont moins anxiogènes pour la personne. Autant que possible, la personne vit son hospitalisation de façon sereine.
- Un partenariat avec la psychiatrie est co-construit en amont afin de définir les modalités de gestion des « crises ».
- Les acteurs du sanitaire et du médico-social se reconnaissent dans leurs complémentarités.
- Les professionnels articulent leurs interventions avec celles des proches aidants.
- Les professionnels connaissent les modalités d'hospitalisation sans consentement.
- Les professionnels et les proches aidants sont soutenus.

RECOMMANDATIONS

L'accompagnement de la personne

- ↘ Anticiper, avec la personne et son médecin, les modalités de gestion de la « crise » et de l'hospitalisation (en urgence et programmée) :
 - en faisant figurer dans son dossier le nom des personnes qu'elles souhaitent contacter en cas d'hospitalisation : personne de confiance, aidant familial, proche, autre, etc. ;
 - en recueillant les indications et souhaits de la personne quant aux modalités de gestion de l'hospitalisation ;
 - en identifiant, avec son médecin, le service d'hospitalisation où la personne serait susceptible d'être hospitalisée et les modalités d'accueil (passage ou non par les urgences, par son médecin traitant, son psychiatre, etc.) ;
 - en informant la personne de la nécessité du partage d'informations lors des hospitalisations et en recueillant son accord.

- ↳ Identifier l'opportunité, pour chaque personne, de l'accompagner physiquement à l'hôpital afin de la rassurer et de se faire connaître du service hospitalier pour assurer la continuité de l'accompagnement pendant et après l'hospitalisation.
- ↳ Transmettre les informations utiles et nécessaires aux soins aux professionnels de l'hôpital (si la personne n'est pas en mesure de le réaliser en raison de son état de santé). Les informer notamment :
 - d'une personne de confiance désignée par la personne ou de sa famille éventuelle;
 - de l'existence ou non d'une mesure de tutelle;
 - des coordonnées des personnes à contacter au sein de l'ESSMS;
 - des coordonnées de son médecin traitant/psychiatre;
 - des éléments utiles et nécessaires aux soins (circonstances de la survenue de la « crise » et notamment éventuel arrêt de traitement, éventuels problèmes somatiques, etc.). Ces éléments sont transmis par le médecin traitant/psychiatre de la personne et/ou le professionnel soignant de l'ESSMS.
- ↳ Formaliser un entretien avec la personne après la « crise », plus particulièrement lorsque les conditions d'hospitalisations ont été difficiles ou sous contrainte, pour évaluer l'accompagnement proposé.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↳ Intégrer dans le partenariat avec les acteurs de la psychiatrie la co-construction d'une procédure d'accompagnement des situations d'urgences/de « crises ». Mentionner notamment :
 - les modalités d'évaluation de l'urgence et de l'indication d'hospitalisation (en urgence et programmée);
 - l'articulation avec le Samu, les pompiers et la police;
 - les procédures d'hospitalisations en l'absence du consentement de la personne (hospitalisations sans consentement, à la demande d'un tiers)¹²¹;
 - les procédures d'hospitalisations lorsque la personne bénéficie d'une mesure de protection juridique (tutelle ou curatelle);
 - l'articulation avec les aidants familiaux et la personne de confiance;
 - les conduites à tenir;
 - les moments spécifiques (nuit, soir, le week-end);
 - les modalités d'accompagnement de la personne à l'hôpital (Qui? Par quels moyens?);
 - les modalités de transmission des informations strictement utiles et nécessaires à l'accompagnement et de respect des règles relatives au secret professionnel;
 - etc.
- ↳ Former les professionnels à la mise en œuvre des protocoles de gestion des crises nécessitant une hospitalisation psychiatrie, et notamment en l'absence du consentement de la personne (article L. 3211-1 et suivants du Code de la santé publique, Loi du 5 juillet 2011, puis loi du 27 septembre 2013¹²²). S'assurer de leur mise à disposition effective et de leur mise à jour.

¹²¹ Modalités de prises de décisions concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, HAS.

¹²² Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, puis loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de celle de 2011.

REPÈRES JURIDIQUES - LES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT

L'hospitalisation à la demande d'un tiers

L'hospitalisation à la demande d'un tiers (article L. 3212-1 du code de la santé publique) s'applique lorsque le malade présente des troubles mentaux rendant impossible son consentement. Elle est justifiée par la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier, médicalement attesté.

Dans le cas d'une hospitalisation d'urgence (article L. 3212-3 du code de la santé publique) s'ajoute la notion de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.

Comment s'effectue l'admission ?

L'admission s'effectue à la demande d'un tiers et sur présentation de 2 certificats médicaux (article L. 3212-1 du code de la santé publique).

Un « tiers » représente toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient (membre de sa famille ou de son entourage, une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations antérieures à la demande, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil). Le « tiers » pouvant en revanche être le tuteur ou curateur du majeur protégé dès lors qu'il réunit les qualités précédemment évoquées.

La demande doit être manuscrite et effectuée sur papier libre, datée et signée. Elle doit obligatoirement comporter les noms, prénoms, âge et domicile de l'auteur de la demande et de la personne dont l'hospitalisation est demandée ainsi que des indications précises sur le lien de parenté ou la nature des relations existant entre ces deux personnes (ces relations pouvant être de nature personnelle ou professionnelle).

Les deux certificats médicaux doivent être datés de moins de 15 jours. Les médecins signataires ne doivent être ni parents (jusqu'au 4^e degré), ni alliés entre eux, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil habilité à recevoir les hospitalisations sans consentement, ni avec le tiers demandeur, ni avec le patient. Un des deux médecins peut exercer dans l'établissement d'accueil.

En cas d'urgence, (article L. 3212-3 du code de la santé publique), à titre exceptionnel, un seul certificat médical suffit. Il doit mentionner l'existence d'un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade et peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. La demande du tiers reste cependant obligatoire.

L'hospitalisation sur décision du représentant de l'État

L'hospitalisation sur décision du représentant de l'État Intervient concernant des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Ce mode d'hospitalisation est une mesure administrative prise par le préfet du département, par voie d'arrêté préfectoral (article L. 3213-1 du code de la santé publique).

Le préfet statue au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil de la personne concernée. L'arrêté doit être motivé et décrire avec précisions les circonstances ayant rendu l'admission en soins nécessaire.

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et à Paris les commissaires de police peuvent prendre des mesures provisoires, à charge d'en référer dans les 24 heures au représentant de l'État dans le département.

Ce dernier prononce alors, s'il y a lieu un arrêté d'admission en soins psychiatriques selon les formes précédemment énoncées.

Faute de décision du représentant de l'État, les mesures provisoires prises par le maire sont caduques dans un délai de 48 heures.

- Favoriser la circulation de la parole des professionnels autour de la crise en organisant des temps d'échanges/de supervision pour analyser la prise en charge, le vécu de l'urgence, le vécu des signes avant-coureurs (angoisses, sentiment d'impuissance, etc.). Réaliser ces échanges entre professionnels (réunion d'équipe, analyse de la pratique, etc.), avec les personnes concernées, et inviter les professionnels du secteur psychiatrique à participer.

- ↳ Analyser, dans le cadre de la démarche d'évaluation interne, les modalités de prise en charge des crises et les pratiques susceptibles d'être améliorées. Associer les personnes concernées et les professionnels de la psychiatrie à l'analyse et la co-construction d'améliorations.
- ↳ Suivre le taux d'hospitalisations en urgence et sans consentement dans les services de psychiatrie.

Le partenariat

- ↳ Identifier, auprès des secteurs psychiatriques, l'organisation des permanences d'accès aux soins psychiatriques et des urgences selon l'heure, le jour, le lieu : CMP, Permanence d'accès aux soins psychiatriques (PASS-psy), équipes mobiles, Permanence de soins ambulatoires (PDSA), urgences psychiatriques (hôpital général ou centre hospitalier spécialisé, etc.), Samu, pompiers, médecin généraliste/psychiatre et ambulanciers, etc.

3 ASSURER LA CONTINUITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT PENDANT ET À LA SORTIE DE L'HOSPITALISATION

Pour certaines personnes, les hospitalisations s'inscrivent comme des moments plus ou moins réguliers de la prise en charge sanitaire de la maladie chronique. Autant que faire se peut, il y a lieu d'éviter qu'elles s'accompagnent de ruptures, que cela soit dans les liens sociaux, l'habitat, l'emploi et les droits sociaux (protection sociale, ressources, etc.).

Pour cette raison, les professionnels des ESSMS doivent assurer la continuité de l'accompagnement pendant et à la sortie d'une hospitalisation.

REPÈRES JURIDIQUES - LA CONTINUITÉ DES INTERVENTIONS

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, article 2 : « *La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions* ».

Effets attendus

- La personne n'est pas isolée pendant son hospitalisation. Elle bénéficie d'un accompagnement dans la vie relationnelle, quotidienne et courante.
- Les professionnels de l'ESSMS interviennent en complémentarité avec les aidants familiaux.
- Les diverses ruptures sont évitées autant que possible.
- La sortie est préparée en amont avec la personne, son entourage familial (le cas échéant), les professionnels de l'hôpital et ceux du social/médico-social. La continuité des soins est effective à la sortie de l'hôpital.

RECOMMANDATIONS

L'accompagnement de la personne

- ↳ Organiser les visites et/ou les contacts nécessaires entre les professionnels de l'ESSMS, la personne hospitalisée et les soignants de l'hôpital. Définir la fréquence et les modalités en fonction :
 - des besoins et des attentes formulées par la personne ;
 - de ses soins et des indications des professionnels de l'hôpital ;
 - de la présence ou non de proches et d'aidants familiaux.

- ↘ Pendant l'hospitalisation, poursuivre l'accompagnement relatif à la vie relationnelle :
 - demander à la personne si elle a informé ses proches et les autres acteurs de l'accompagnement de son hospitalisation ;
 - lui proposer de le faire avec elle ou à sa place afin que tous puissent agir de manière à apporter un soutien spécifique pendant cette période difficile.
- ↘ Pendant l'hospitalisation, poursuivre l'accompagnement relatif au logement (fermeture et mise en sécurité du logement, gestion des animaux domestiques, paiement des loyers, suspension du portage de repas, etc.) en lien avec le propriétaire et poursuivre l'accompagnement relatif aux démarches administratives (sécurité sociale, mutuelle, etc.).
- ↘ Intervenir en coordination avec les éventuels aidants familiaux et le service social de l'hôpital.

La phase de sortie de l'hôpital

- ↘ Anticiper, avec les services hospitaliers, la date de sortie. Inviter la personne à en informer les professionnels de l'ESSMS.
- ↘ Solliciter un référent et/ou le cadre de santé au sein de l'unité d'hospitalisation pour préparer la sortie et la continuité des soins.
- ↘ Co-construire, avec la personne, l'équipe soignante, le médecin traitant et les aidants familiaux, le cas échéant, le projet de sortie. Comme par exemple :
 - organiser le transport en s'assurant que les conditions du retour au domicile ou dans l'hébergement sont garanties (par exemple, la personne dispose-t-elle de ses traitements, la mise en place d'un suivi infirmier en ambulatoire est-elle effective, etc. ?) ;
 - identifier si l'accompagnement mis en place avant l'hospitalisation doit être maintenu ou évoluer. Dans le second cas, construire le nouveau projet avec la personne et l'équipe soignante ;
 - solliciter l'intervention d'un infirmier ou d'un psychiatre auprès de l'équipe de l'ESSMS pour expliquer les postures à avoir ;
 - faciliter les prises en charge conjointes et/ou les accueils à temps partiel afin de permettre des « réintégrations » progressives au sein de l'ESSMS et la continuité des soins ;
 - etc.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↘ Intégrer, dans le projet de l'ESSMS, le principe de continuité de l'accompagnement pendant les hospitalisations et les modalités de mise en œuvre.

Le partenariat

- ↘ Intégrer, dans le partenariat avec la psychiatrie, la question de la continuité de l'accompagnement pendant l'hospitalisation ainsi que l'anticipation et la co-construction du projet de sortie.
- ↘ Informer les autorités de contrôle et de tarification lorsque les durées d'hospitalisation risquent d'engendrer des difficultés financières pour l'ESSMS. Rechercher des solutions afin d'éviter les ruptures de prise en charge des personnes (par exemple, anticiper des taux d'occupation tenant compte des hospitalisations éventuelles).

4 SOUTENIR LES PERSONNES AYANT ÉTÉ CONFRONTÉES À L'ACTE SUICIDAIRE

Les passages à l'acte suicidaire sont des moments traumatiques pour ceux qui en sont les témoins. Lorsque ce passage à l'acte n'est pas abouti, il est aussi un moment traumatique pour la personne concernée. Il est nécessaire de prendre en compte la complexité du travail de deuil en cas de suicide et l'impact d'une telle situation sur l'entourage plus ou moins proche de la personne (entourage familial, amical, mais aussi professionnel). La survenue d'un passage à l'acte suicidaire doit faire l'objet de réponses appropriées et rapides pour en limiter les conséquences, et ce dans un contexte d'état de choc

Effets attendus

- La personne qui a accompli le passage à l'acte suicidaire est soutenue/accompagnée/suivie et le risque de récurrence suicidaire est diminué.
- Les personnes (professionnels et/ou proches de la personne) qui ont été confrontées directement ou non à une crise suicidaire s'expriment et développent des stratégies d'adaptation permettant de limiter l'apparition d'un deuil pathologique.

RECOMMANDATIONS

L'accompagnement de la personne

- ↳ Apporter l'écoute et l'attention bienveillante nécessaire et rester vigilant, le temps nécessaire suite au passage à l'acte, sur l'intentionnalité de la personne ayant fait une tentative de suicide :
 - en observant l'évolution de ses propos et attitudes en lien avec le passage à l'acte effectué et/ou une volonté de répétition du geste ;
 - en proposant une aide à la mise en place, en interne ou en externe à l'ESSMS, d'un suivi spécifique.
- ↳ Soutenir la personne dans le suivi médical et/ou psychologique mis en place dans le cadre de la prévention d'un nouveau passage à l'acte (notamment en lui exposant l'intérêt de ce suivi, l'importance de son adhésion et son implication, en lui rappelant les dates de consultation et en l'aidant si besoin à s'y rendre, la soutenant dans l'observance du traitement, etc.).

L'accompagnement des proches

- ↳ S'assurer de l'orientation de(s) aidant(s) familiaux vers un lieu d'écoute (associations, médecin traitant, psychologues, etc.). Se rendre disponible à leur demande pour des échanges avec les professionnels de l'ESSMS, le médecin et les membres de la famille.
- ↳ Proposer un soutien personnalisé (entretien individuel, groupe de parole, organisation pour assister aux obsèques, etc.), avec l'aide du psychologue (interne ou externe) pour les personnes accueillies qui le souhaitent, et notamment celles ayant été témoins de l'acte suicidaire ou de l'agitation engendrée par l'acte :
 - en accompagner l'expression autour de l'événement ;
 - en transmettant les informations pertinentes dans le respect du secret médical et professionnel ;
 - en se montrant disponible pour répondre aux éventuels questionnements, dans le respect de la dignité de la personne et des règles du secret médical et professionnel.

L'organisation de l'établissement ou du service

- ↳ Organiser rapidement une rencontre pour l'ensemble des professionnels ayant été confronté(s) directement à la crise suicidaire afin que ceux-ci puissent s'exprimer sur leur vécu de la crise (souffrance face à ce geste, éventuel ressenti de culpabilité face à cet événement, etc.).

- ↘ Soutenir les professionnels concernés et repérer autant que possible d'éventuels signes de souffrance psychique « post-crise ».
- ↘ Informer les professionnels de la possibilité de solliciter leur médecin sur ce sujet, le cas échéant le médecin du travail.
- ↘ Organiser, à distance raisonnable de la période de crise, une réunion d'équipe avec tous les professionnels, permettant notamment de reprendre :
 - le déroulé de la situation ;
 - les éléments qui ont facilité/empêché la bonne gestion de la crise ;
 - les points d'organisation ou de protocole à améliorer.
- ↘ Faire appel à l'équipe de psychiatrie pour animer cette réunion et répondre aux questions diverses.

RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LA CRISE SUICIDAIRE

- Conférence de consensus, La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge (*FFP-ANAES, 2000*).
- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement (*Anesm, 2014*).

L'essentiel Les crises et les hospitalisations

REPÉRER, PRÉVENIR ET GÉRER LES ÉPISODES DE « CRISES » ET LES HOSPITALISATIONS

- Recueillir auprès de la personne les éléments susceptibles d'aider au repérage, à la prévention et à la gestion de ses crises.
- En présence de la personne et/ou avec son accord, associer si nécessaire les professionnels de la psychiatrie, les aidants familiaux, etc., au recueil de ces éléments.
- Les intégrer dans son dossier partagé après avoir informé la personne de la nécessité de ce partage et l'informer de sa possibilité de s'y opposer.
- Repérer (autant que possible), les éventuels changements qui pourraient être annonciateurs et/ou révélateurs des signes d'une « crise ».
- Aller vers la personne si elle ne sollicite pas ou peu les professionnels.
- Développer une vigilance particulière auprès de la personne lors de moments identifiés comme potentiellement difficiles pour elle.
- Se rendre disponible lorsque l'entourage de la personne sollicite les professionnels pour faire part des observations qu'il juge inquiétantes. Informer la personne de cette sollicitation.
- Apporter une réponse réactive en cas d'observation de signes manifestement inhabituels.
- Si nécessaire, solliciter les compétences des professionnels de la psychiatrie en apportant une réponse graduée selon le degré d'urgence et l'intensité de la crise.
- Mettre en place, en coordination avec les acteurs de la psychiatrie, les conditions permettant le renforcement temporaire des soins de la personne.
- Formaliser, par écrit, les observations et les interventions mises en œuvre.
- Organiser des temps d'échange interdisciplinaires réguliers pour analyser les signes inquiétants et mener une réflexion sur les comportements à adopter, y compris en cas de risque suicidaire.
- Organiser une permanence d'accueil et d'écoute au sein de l'ESSMS aussi large que possible.
- Intégrer l'écoute, l'observation, la disponibilité, et la « veille » dans les missions de tous les professionnels.
- Positionner les soignants de l'ESSMS et/ou de la psychiatrie, comme « personnes ressources » auprès de l'équipe pour le repérage, la prévention et la gestion des crises.
- Former et sensibiliser les professionnels au repérage, à la prévention et à la gestion des crises.
- Organiser des temps d'échange sur le rôle des pairs et des aidants familiaux sur le repérage, la prévention et la gestion des crises.

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PENDANT LES « CRISES » NÉCESSITANT UNE HOSPITALISATION

- Anticiper avec la personne et le médecin chargé de son suivi psychiatrique, les modalités de gestion de la « crise » nécessitant une hospitalisation (en urgence et programmée).
- Identifier l'opportunité, pour chaque personne, de l'accompagner physiquement à l'hôpital, afin de la rassurer et de se faire connaître du service hospitalier.
- Transmettre les informations utiles et nécessaires aux soins aux professionnels de l'hôpital, si la personne n'est pas en mesure de le réaliser elle-même en raison de son état de santé.





- Formaliser un entretien avec la personne après la « crise » et plus particulièrement lorsque les conditions d'hospitalisations ont été difficiles ou sous contrainte pour évaluer l'accompagnement proposé.
- Intégrer dans le partenariat avec les acteurs de la psychiatrie la co-construction d'une procédure d'accompagnement des situations d'urgences/de crises et d'hospitalisation.
- Former les professionnels à la mise en œuvre des protocoles de gestion des crises, des urgences et des hospitalisations.
- Favoriser la circulation de la parole des professionnels autour de la crise et des hospitalisations en organisant des temps d'échanges/de supervision.
- Identifier auprès des secteurs psychiatriques l'organisation des permanences d'accès aux soins psychiatriques et des urgences selon l'heure, le jour, le lieu.

ASSURER LA CONTINUITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT PENDANT ET À LA SORTIE DE L'HOSPITALISATION

- Organiser les visites et/ou les contacts nécessaires entre les professionnels de l'ESSMS, la personne hospitalisée et les soignants de l'hôpital.
- Pendant l'hospitalisation, poursuivre l'accompagnement relatif à la vie relationnelle en mobilisant les proches (professionnels ou non) de la personne durant cette période difficile.
- Pendant l'hospitalisation, poursuivre l'accompagnement nécessaire relatif au logement et à la vie quotidienne et courante.
- Intervenir en coordination avec les aidants familiaux (le cas échéant) et le service social de l'hôpital.
- Anticiper avec les services hospitaliers, la date de sortie et inviter la personne à en informer les professionnels de l'ESSMS.
- Co-construire le projet de sortie, avec la personne, l'équipe soignante, les aidants familiaux (le cas échéant) et le médecin traitant.
- Intégrer, dans le projet de l'ESSMS, le principe de continuité de l'accompagnement pendant et à la sortie des hospitalisations et les modalités de mise en œuvre.
- Intégrer, dans le partenariat avec la psychiatrie, la continuité de l'accompagnement pendant l'hospitalisation ainsi que l'anticipation et la co-construction du projet de sortie.

SOUTENIR LES PERSONNES AYANT ÉTÉ CONFRONTÉES À L'ACTE SUICIDAIRE

- Apporter l'écoute et l'attention bienveillante nécessaire et rester vigilant, le temps nécessaire suite au passage à l'acte, concernant l'intentionnalité de la personne ayant fait une tentative de suicide.
- Soutenir la personne dans le suivi médical et/ou psychologique mis en place dans le cadre de la prévention d'un nouveau passage à l'acte.
- S'assurer de l'orientation des aidants familiaux vers un lieu d'écoute et se rendre disponible à leur demande pour des échanges.
- Proposer un soutien personnalisé pour les personnes accueillies qui le souhaitent, et notamment celles ayant été témoins de l'acte suicidaire ou de l'agitation engendrée par l'acte.





- Organiser rapidement une rencontre pour l'ensemble des professionnels ayant été confronté(s) directement à la crise suicidaire.
- Soutenir les professionnels concernés et repérer autant que possible d'éventuels signes de souffrance psychique « post-crise ».
- Organiser à distance raisonnable de la période de crise une réunion d'équipe avec tous les professionnels.
- Faire appel à l'équipe de psychiatrie pour animer cette réunion et répondre aux questions diverses.

EXEMPLES DE CRITÈRES DE SUIVI DES CRISES ET DES HOSPITALISATIONS

- Nombre de personnes accompagnées hospitalisées en urgence et sans consentement en psychiatrie.
- Nombre de personnes hospitalisées ayant bénéficié d'un accompagnement par un professionnel de l'ESSMS au cours de l'hospitalisation.
- Nombre de situations de tentatives de suicide/suicide pour lesquels les professionnels et les proches de la personne ont été accompagnés *a posteriori*.

Annexe 1

MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ET PARTICIPANTS

Méthode d'élaboration

Pour la rédaction de ces recommandations, l'Anesm a retenu la méthode du **consensus formalisé**.

Ces recommandations ont été élaborées sur la base :

- d'une recherche documentaire réalisée par le cabinet Uteam ;
- de visites d'ESSMS et des entretiens avec des professionnels, des usagers et leurs proches.

La production des recommandations s'est appuyée sur un **groupe de travail**, composé de professionnels, de représentants d'usagers et de personnes qualifiées. Il s'est réuni à cinq reprises et a suivi l'ensemble du processus d'élaboration du document, en y apportant une pluralité de points de vue.

Un groupe de travail réunissant uniquement des personnes accompagnées a également été sollicité. Une relecture intermédiaire, par un groupe de personnes accompagnées et un groupe d'aidants familiaux a été réalisée.

Cette production est soumise à un **groupe de cotation** qui donne son avis sur chaque proposition de recommandations en précisant son degré d'accord et de désaccord sur une échelle graduée.

Le projet de recommandations est ensuite soumis à un **groupe de lecture**, dont les remarques sont prises en compte dans la version finale.

Ainsi finalisé, le projet de recommandations a ensuite été soumis aux instances de l'Anesm et a fait l'objet d'une **analyse juridique**.

Conduite des travaux Anesm

- Elise GATESOUBE, chef de projet
- Christiane JEAN-BART, responsable de projet secteur Personnes handicapées
- Mahel BAZIN, chargé d'études statistiques
- Nagette DERRAZ, secrétaire du service pratiques professionnelles
- Eliane CALDAS, secrétaire du service pratiques professionnelles
- Patricia MARIE, documentaliste

Coordination

- Sophie LE BRIS, cheffe du service pratiques professionnelles

Coordination éditoriale

- Yaba BOUESSE, chargée de communication

Analyse juridique

- Laurent COCQUEBERT, analyse juridique, cabinet Baron, Aidenbaum & associés

Référents des instances de l'Anesm

Conseil d'orientation stratégique

- Mme DRIOUX, Unafam

Conseil scientifique

- M. JAEGER, professeur du CNAM, titulaire de la « chaire de travail social et d'intervention sociale »
- M. GEADAH, directeur Cicerf

Validation et adoption des recommandations

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

Participants aux groupes de travail

- Martine BARRÈS, médecin de santé publique, retraitée (anc. chargée de mission DGS), chargée de mission Agence régionale de santé (ARS), Île-de-France
- Marie-Claude BARROCHE, présidente, association Espoir 54, (ancienne présidente Agapsy), Meurthe-et-Moselle
- Cindy BEUCHER, conseillère en économie sociale et familiale, Samsah, Isatis, Bouches-du-Rhône
- Daphné BOREL, chargée de mission handicap psychique, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (Cnsa), Paris
- Thierry BRUN, directeur général, association Messidor, Rhône-Alpes
- Liliane COTTON, administratrice Unapei, membre de la commission handicap mental et handicap psychique de l'Unapei
- Sandra CUCINOTTA, chef de service, service mandataire judiciaire à la protection des majeurs, Adapei-Aria de Vendée
- Jacques DOURY, directeur, Foyer d'accueil médicalisé, Fondation John Bost, Val-d'Oise
- Bertrand ESCAIG, membre du bureau régional Nord-Pas-de-Calais de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques, administrateur du Crehpsy, administrateur de la Fondation de recherche en psychiatrie et santé mentale (Frpsm)
- Claude ETHUIN, vice-président, Union nationale des groupes d'entraides mutuelle France, Pas-de-Calais, président association Nord-Mentalités
- Sylvia GUYOT, médecin de santé publique, chargée de mission suivi du plan autisme-handicap psychique, Direction générale de la cohésion sociale (Dgcs), Paris
- Patricia JOUANNEAU, infirmière, foyer de vie Marie Laurencin, Œuvre Falret, Paris
- Carole NOSSENT, directrice (psychologue), Esat, fédération franco-britannique de Sillery, membre de la Cnape, Essonne
- Alain KIEVITCH, directeur général, Association Apajh, Fegapei, Yvelines
- Carole PEINTRE, responsable des études, Association Nationale des Centres Régionaux d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Ancreai), Paris
- Nathalie ROLLAND, coordinatrice des équipes pluridisciplinaires adultes, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), Oise
- Anne ROSSO, psychiatre, équipe de liaison hébergement-insertion des personnes handicapées psychiques, réseau psychiatrie santé mentale 78, Yvelines
- Gaby SINGUERLET, éducatrice spécialisée, SAFA (SAVS), association Route Nouvelle Alsace, Alsace
- Iréné SKOTAREK, Fnapsy

Groupe de travail - personnes concernées

- Isabelle LEDUC, usagère au SAVS l'Escapal, Palaiseau
- Renaud LOIC, accompagnateur au SAVS l'Escapal, Palaiseau
- Serge VINCELOT, travailleur en Esat et usager d'un Csapa, Bondoufle
- Nathalie MATHELIN, résidente au foyer de vie Marie Laurencin, Paris
- M. X (ayant souhaité resté anonyme), résident au foyer de vie Marie Laurencin
- Frédéric ROMERO, adhérent au GEM « l'étoile Polaire » et résident en CHRS à Paris
- Johanne VALLET, coordinatrice du GEM « l'étoile Polaire »
- Marie DAURIAC, travailleuse en Esat et résidente en foyer de post-cure, Bondoufle

Participants au groupe de lecture intermédiaire - personnes concernées et aidants familiaux

Aidants familiaux

- Mme GEMNI, aidante familiale
- Marie-Marthe RIVIERE, aidante familiale

- Claudine LESCIEUX aidante familiale
- Romain PERRAY, aidant familial
- Roselyne TOUROUDE, aidante familiale
- Christiane THOREZ, aidante familiale

Usagers ou représentants d'usagers

- Claude DEUTSCH, association Advocacy-France
- Alexys GUILLON, usager de la psychiatrie, association schiz-osent-être
- M. S, travailleur en Esat
- Mme R., en formation en Centre de pré-orientation professionnelle
- Mme F., bénéficiant d'une mesure de protection
- Groupes de résidents de « La Résidence les Acacias » (foyer de vie), Sains-du-Nord.
- Groupes de résidents de la « Résidence Plurielle », Adapei 69

Participants au groupe de cotation

- Vanessa LUCADOU, responsable du service intégration développement social du Ccas de Gousainville
- Aurore COTTREL, chargée d'évaluation socio-professionnelle, MDPH 80
- Sylvie DUGAS, conseillère technique médicale, ARS Bretagne
- Fabienne PRESSARD, Afaser
- Lucette MOREAU, directrice Orloges (foyer d'hébergement, Chrs, appartements d'essai, résidence-accueil)
- Johanne LE ROCH, chef de service Samsah, Œuvre Falret
- Roger SONNET, administrateur Unafam
- Serge LEBAS, éducateur spécialisé, Apsh 34, plateforme Wallon-Lainé
- Bernard DURAND, ancien président de la Fasm Croix Marine, psychiatre retraité, président de l'association la Forge
- Yohanne LAURENT, chef de service mandataire judiciaire, vice-présidente de l'ANDP (Association Nationale des Délégués et Personnels de Service de tutelles)

Participants au groupe de lecture

- Jean-Luc BRIERE, président de l'AGAPSY Croix-Marine, Paris
- Geneviève CASTAING, cheffe du bureau psychiatrie santé mentale de la DGS, Paris
- Jean-Philippe CAVROY, directeur de l'association Clubhouse Paris, Paris
- Marie DELAROCHE, directrice de l'association Cotécours, Le Havre
- Dc CASANOVA, médecin généraliste, Collège de médecine générale
- Françoise DRO, Directrice PAPH et MDPH, Belfort
- Gaëlle GORDANO, Ingénieur d'études contractuel à l'École Normale Supérieure (Ehesp-ENS-CNSA), Paris
- Marie Christine HARDY-BAYLE, Responsable du centre de preuve et de réseau santé mentale, Le Chesnay
- Lisa LOPES, directrice priorités de santé à la FEGAPEI, Paris
- Laurent PEROZZO, adjoint de direction secteur social et médico-social à la FEHAL, Paris
- Elise PROULT, Chef de projet sur la santé mentale à l'ANAP, Paris
- Séverine RAGON, responsable du département ESMS à l'UNAPEI, Paris
- Jean-Luc ROELANDT, directeur du centre EPSM Lille Métropole, Hellemes
- Patrick ROTHKEGEL, directeur général de l'HANDEO, Paris
- Marie-Hélène RODDE-DUNET, Chef du Service évaluation et amélioration des pratiques HAS, Paris
- Marie VANDEVILLE, Directrice CEAPSY-CREPSY centre ressources handicap psychique, Paris

Autres contributeurs

- Bernard PACHOUD, psychiatre, professeur de psychopathologie à l'Université Paris Diderot et spécialiste des questions d'insertion et notamment dans le domaine professionnel
- M. Roland BOUET, psychiatre, centre hospitalier Henri Laborit, Poitiers, membre de la conférence des présidents de CME
- Patrick PLANQUOIS, directeur général, Association Coté-Cour
- Anne DEPAIGNE-LOTH, service évaluation et amélioration des pratiques, HAS
- Odile MANSARD, responsable inclusion, Anesm

Personnes et structures sollicitées dans le cadre de l'enquête

Entretiens avec des professionnels d'établissements et services sociaux et médico-sociaux

- Esat (Isatis, Salon de Provence, entretien avec Mme Poulard, directrice)

Visites d'établissements et services sociaux et médico-sociaux

- SAVS Elans, Samsah la Racine, Sauvegarde 13, Marseille
- Samsah Isatis, Aix-en-Provence
- Centre ressources handicap psychique, centre hospitalier Niort
- Réseau de Promotion pour la santé mentale Yvelines Sud (RPSM 78)
- SAVS, Association Espoir 54, Nancy
- Radio Vivre FM, la radio du handicap

Participation à des journées d'études, congrès, groupes de travail

Colloques, journées d'études

- *Handicap psychique : mieux se connaître pour mieux accompagner*, Creai Picardie, 25 septembre 2014
- *Logement et handicap psychique-Expériences européennes et recommandations*, Agapsy, 17 novembre 2014
- *L'accompagnement des personnes avec handicap psychique : quels besoins, quelles réponses ?*, Unapei 1^{er} et 2 décembre 2014
- *Loi du 11 février 2005 : 10 ans. Les groupes d'entraide mutuelle*, Fnapsy, mercredi 11 février 2015

Groupes de travail, comité de suivi

- CNCPH (conseil national consultatif des personnes handicapées), groupe de travail handicap psychique
- Haute Autorité de santé (HAS), Comité de suivi Programme psychiatrie et santé mentale
- Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), Comité de pilotage du projet Diagnostic territorial des parcours-psychiatrie-santé mentale

Annexe 2

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES AUX RECOMMANDATIONS DE L'ANESM

Travaux en cours sur le handicap psychique

- Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
- « *L'évaluation des situations de handicap d'origine psychique* », recherche-action nationale réalisée par le Cedias-Creai Île-de-France, en collaboration avec trois autres CREAI (Centre régional d'étude et d'actions en faveur de l'insertion), avec le soutien financier de la CNSA¹²³
- « *Les services d'accompagnement spécialisés en faveur des personnes en situation de handicap psychique (Samsah et SAVS)*¹²⁴ » recherche-action nationale réalisée par le Cedias-Creai Île-de-France, en collaboration avec trois autres CREAI (Centre régional d'étude et d'actions en faveur de l'insertion), avec le soutien financier du GIS-IRESP (Institut de recherche en santé publique) et de la CNSA¹²⁵
- « *L'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques* »¹²⁶ recherche action nationale réalisée par la fédération Agapsy avec le soutien financier de la CNSA
- « *La prise en charge du handicap psychique* » réalisé par l'Inspection générale de l'action sociale (Igas)¹²⁷
- « *L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques. Retours d'expériences de reconversions ou de créations*¹²⁸ » publication de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap)
- « *Interventions à domicile des équipes de psychiatrie - retour d'expériences* » publication de l'Anap
- « *Le parcours des personnes en psychiatrie-santé mentale, première approche* », réalisé par l'Anap
- Travaux réalisés par Marie-Sophie Desaulle chargée de la mise en œuvre du rapport Piveteau
- Travaux programmés par la HAS (Haute autorité de santé) dans le cadre son programme de travail « psychiatrie et santé mentale »
- « *Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique*¹²⁹ », Recommandation de bonne pratique en psychiatrie réalisée par la FFP-CNPP
- Travaux réalisés par le centre de preuve en santé mentale
- .../...

¹²³ Cnsa. (Colloque, Paris, 23 mars 2009). Handicaps d'origine psychique. Une évaluation partagée pour mieux accompagner le parcours des personnes. Paris : CNSA, 2009. 76 p.//BARREYRE, J.-Y., MAKDESSI, Y. « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations ». Recherche documentaire. Volet 1. Paris : Cédias, CNSA, 2007. 87 p.

¹²⁴ *Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique? Synthèse et recommandations, décembre 2011.* Recherche conduite par le Cedias – CREAI IdF, en collaboration avec les CREAI Alsace, Bretagne et Aquitaine, avec le soutien financier de la section V de la CNSA.

¹²⁵ Cnsa. (Colloque, Paris, 23 mars 2009). Handicaps d'origine psychique. Une évaluation partagée pour mieux accompagner le parcours des personnes. Paris : CNSA, 2009. 76 p.//BARREYRE, J.-Y., MAKDESSI, Y. « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations ». Recherche documentaire. Volet 1. Paris : Cédias, CNSA, 2007. 87 p.

¹²⁶ AGAPSY, CNSA. *Guide des pratiques partagées d'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques.* Nancy : AGAPSY, 2012.

¹²⁷ AMARA, F., JOURDAIN-MENNINGER, D., MESCLON-RAVAUD, M., et al. *La prise en charge du handicap psychique.* Tomes 1 et 2. Paris : IGAS, 2011.

¹²⁸ Anap. *L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques. Retours d'expériences de reconversions ou de créations,* août 2014, 119 p.

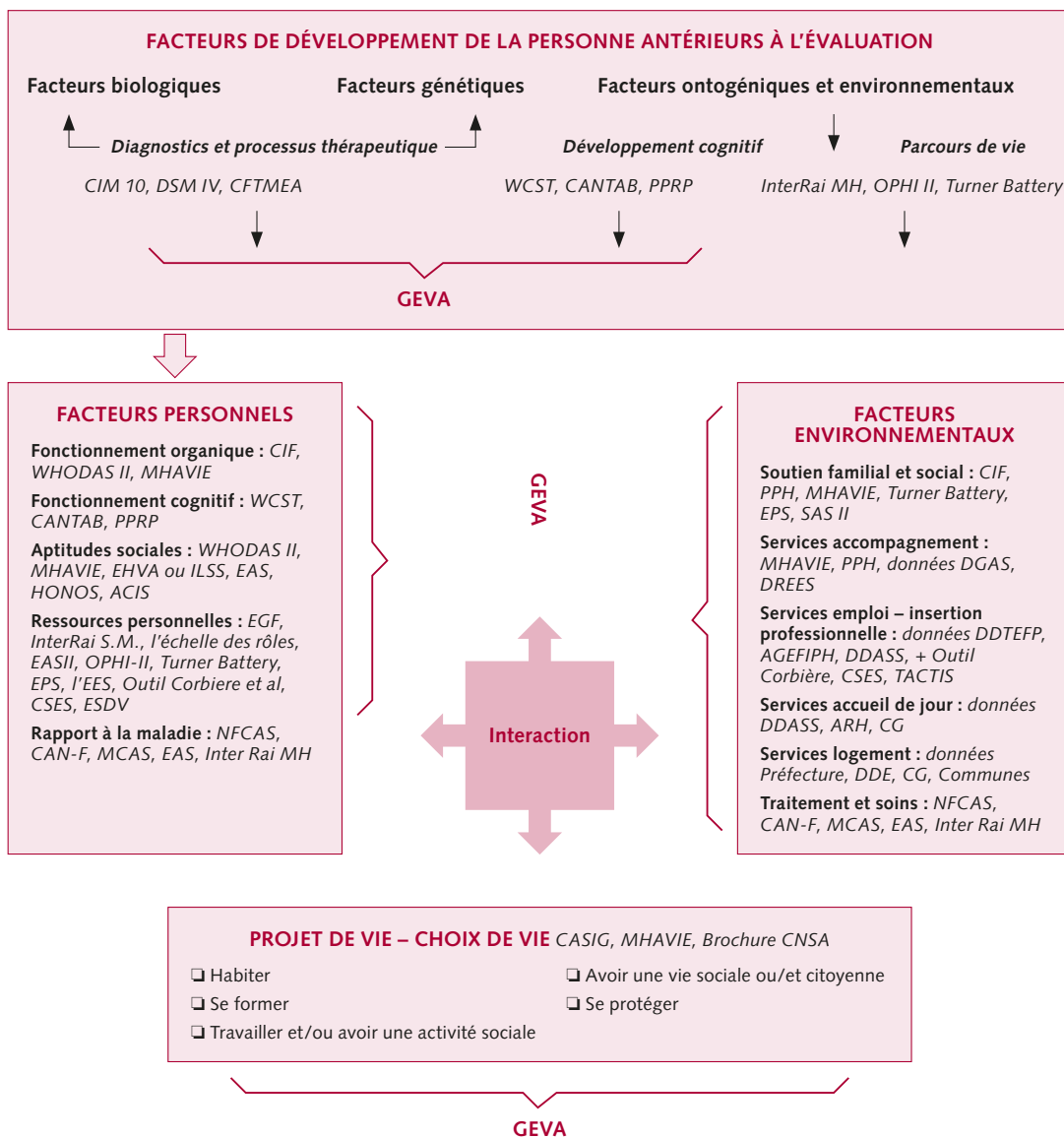
¹²⁹ FFP-CNPP. *Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique.* Argumentaire. Paris : FFP-CNPP.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm à lire en complément

- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* (2013)
- *Le soutien des aidants non professionnels* (2014)
- *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes* (2015)
- *Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement, Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) –* (2014)
- *La vie quotidienne, sociale, la culture et les loisirs, Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) –* (2013)
- *L'expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté, Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) –* (2013)
- *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat* (2013)
- *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique* (2012)
- *Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux* (2010)
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* (2009)
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile* (2009)
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* (2008)
- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (2008)
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées* (2008)

Annexe 3

PROCESSUS D'ÉVALUATION DU HANDICAP D'ORIGINE PSYCHIQUE



Source : Proposition Barreyre JY.

Recherche Documentaire : « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations »
Délégation ANCREAI Île-de-France - CEDIAS - Décembre 2007

Annexe 4

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AEMO	Action éducative en milieu ouvert
AGAPSY	Fédération nationale des associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AMP	Aide médico-psychologique
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANCREAI	Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APL	Aide personnalisée au logement
ARACT	Action régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence régionale de santé
ASD	Aide sociale départementale
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASLL	Accompagnement social lié au logement
AVA	Atelier d'adaptation à la vie active
AVDL	Accompagnement vers et dans le logement
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue
CAF	Caisse d'allocations familiales
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCOMS	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CEDIAS	Centre d'études, de documentation, d'information et d'actions sociales
CERTU	Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques
CESF	Conseiller(ère) en économie sociale et familiale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique

CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNPP	Centre national de prévention et de protection
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPES	Centre de prévention et d'éducation pour la santé
CPO	Centre de pré-orientation
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CREAI	Centre régional d'étude et d'action pour l'insertion
CREHPSY	Centre de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique
CRP	Centre de réadaptation professionnel
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSTS	Conseil supérieur de travail social
CVS	Conseil de la vie sociale
DALO	Droit au logement opposable
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DGALN	Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EA	Entreprise adaptée
EAS	Échelle d'adaptation sociale
Échelle GMAP	Groupe de modélisation et d'assimilation pour la prévision
Échelle PHP	Évaluation des processus du handicap psychique
EHPAD	Établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes
EPS	Établissement public de santé
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FFP	Fédération de la formation professionnelle
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FJT	Foyer de jeunes travailleurs
FNAPSY	Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
FSL	Fonds de solidarité pour le logement
GEM	Groupe d'entraide mutuelle

GLUPSH	Groupement local d'usagers et de personnes en situation d'handicap
HAS	Haute autorité de santé
HLM	Habitation à loyer modéré
HPST	Loi hôpital, patients, santé, territoire
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IME	Institut médico-éducatif
IRESP	Institut de recherche en santé publique
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAIA	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAJ	Mesure d'accompagnement judiciaire
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MASP	Mesure d'accompagnement social personnalisé
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MJPM	Mandataire judiciaire à la protection des majeurs
MRIE	Mission régionale d'information sur l'exclusion
MST	Maladies sexuellement transmissibles
ONU	Organisation des nations unies
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACT	Protection, amélioration, conservation, transformation de l'habitat
PASS-PSY	Permanence d'accès aux soins de santé psychique
PCH	Prestation de compensation du handicap
PDALPD	Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PIL	Pôle insertion par le logement
PLIE	Plan local pour l'insertion et l'emploi
PMI	Protection maternelle et infantile
PRACS	Programme de renforcement de l'autonomie et des capacités sociales
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRITH	Plan régional d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés
PSYCOM	Information santé mentale et psychiatrie
RSA	Revenu de solidarité active
S3A	Symbole d'accueil, accompagnement et accessibilité
SAAD	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SA – ESAT	Section Annexe des établissements et services d'aide par le travail
SAMETH	Services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé

SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAS	Service d'accompagnement et de soutien
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SISM	Semaine d'information sur la santé mentale
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TISF	Technicien de l'intervention sociale et familiale
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UMD	Unité pour malades difficiles
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
UTAS	Unité territoriale d'action sociale

Annexe 5

L'AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (ANESM)

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'Agence est constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des organismes représentant les établissements sociaux et médico-sociaux, les professionnels et les usagers.

Ses missions

Les missions de l'Anesm sont directement issues des obligations faites aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

- La première consiste à valider ou produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, références et procédures à partir desquelles les ESSMS doivent légalement procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.
- La seconde consiste à habilitier les organismes auxquels les ESSMS doivent faire appel afin qu'ils procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité de leurs prestations notamment en vue du renouvellement de leur autorisation de fonctionnement (cf. annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles).

Son fonctionnement

L'Anesm est dotée d'une instance de gestion, l'Assemblée générale, et de deux instances consultatives sans avis conforme, le Conseil scientifique et le Comité d'orientation stratégique.

L'Assemblée générale adopte le programme de travail annuel et le budget.

Le Conseil scientifique, composé de 15 personnalités reconnues dans leur domaine, apporte une expertise, formule des avis d'ordre méthodologique et technique et veille à la cohérence, à l'indépendance et à la qualité scientifique des travaux de l'Anesm.

Le Comité d'orientation stratégique, composé de près de 70 représentants - de l'État, d'élus, d'usagers, de collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs, etc.- est une instance qui participe à l'élaboration du programme de travail de l'Anesm et fournit un avis sur l'opérationnalité des projets de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Ces deux instances sont consultées par le directeur de l'Anesm avant qu'il n'adopte les projets de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les champs de compétences

L'Anesm est compétente sur le champ des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'inclusion sociale, de la protection de l'enfance, de la protection juridique des majeurs, de l'addictologie... Les catégories de services et d'établissements sont très diversifiées : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les foyers d'accueil médicalisé pour personnes handicapées (FAM), les maisons d'enfants à caractère social (MECS), les foyers de jeunes travailleurs, les appartements thérapeutiques, etc.

Le dispositif d'évaluation

Les recommandations, références et procédures validées par l'Agence alimentent la démarche d'évaluation interne des ESSMS. La loi du 2 janvier 2002 a prévu qu'au-delà du système d'évaluation interne, un regard externe soit porté par des organismes indépendants habilités par l'Anesm qui émettront un avis, notamment sur les conditions dans lesquelles l'évaluation interne a été mise en œuvre, et sur les axes d'amélioration préconisés. Ainsi, au 31 décembre 2015, 89 % des ESSMS devant réaliser leur évaluation externe avant le 3 janvier 2015, étaient engagés dans cette démarche.

Elle complète le système d'évaluation interne, et permet aux autorités de tarification et de contrôle d'engager un dialogue avec les ESSMS sur les conditions de renouvellement de leurs autorisations de fonctionnement.

Les recommandations de l'Anesm

↘ Quarante-sept recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr :

Tous secteurs

- *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes* (2015)
- *Le soutien des aidants non professionnels* (2014)
- *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique* (2012)
- *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes* (2012)
- *Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux* (2010)
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* (2010)
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* (2009)
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile* (2009)
- *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles* (2009)
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* (2008)
- *Ouverture de l'établissement* (2008)
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (2008)
- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (2008)
- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* (2008)
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées* (2008)
- *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles* (2008)

Personnes âgées

- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement* (2014)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* (2012)
- *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (2012)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad* (2012)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* (2011)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement* (2011)
- *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* (2009)

Personnes handicapées

- *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques au sein des ESSMS au sens de l'article L. 312-1 du CASF (2016)*
- *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) (2014)*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) – le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement (2014)*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – la vie quotidienne, sociale, la culture et les Loisirs (2013)*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté (2013)*
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (2013)*
- *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat (2013)*
- *Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (2012)*
- *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad (2011)*
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (2010)*

Protection de l'enfance

- *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2015)*
- *Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur (2015)*
- *L'évaluation interne : repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2015)*
- *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance (2014)*
- *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de Mesure (2013)*
- *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance (2011)*
- *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement (2010)*

Inclusion sociale

- *Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS (2016)*
- *Évaluation interne : Repères pour les établissements et services de l'inclusion sociale (2015)*
- *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (2015)*
- *La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) (2014)*
- *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du code de l'action sociale et des familles (2012)*
- *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie (2010)*
- *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale (2008)*

- ↘ Quatre **enquêtes nationales** relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ↘ Un **rapport d'étude** sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs.
- ↘ Trois **rapports d'analyse nationale** concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.
- ↘ Un **rapport d'analyse nationale** concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé.
- ↘ Un **rapport d'analyse nationale** concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile.

ANESM

5 avenue du Stade de France
Immeuble Green Corner
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
T 01 48 13 91 00

www.anesm.sante.gouv.fr