



Dijon  
29 & 30 novembre 2016

## Le logement accompagné, au cœur du développement local

# Mini-conférence

## Synthèse

# Construire un espace partagé de santé pour mieux accompagner les personnes présentant des troubles psychiques

*Carole PEINTRE, responsable des études à l'ANCREAI  
(association nationale des centres régionaux d'étude,  
d'action et d'information en faveur des personnes en  
situation de vulnérabilité)*

*Animation par Sylvie Emsellem, chargée de missions  
Unafo*

Au cours de son intervention, Carole PEINTRE tentera tout d'abord de définir les troubles psychiques. Elle évoquera ensuite leur impact sur la façon d'habiter un logement. Puis, elle présentera des pratiques professionnelles permettant d'améliorer l'accompagnement des personnes présentant ces troubles.

Carole PEINTRE précise qu'un CREAI est présent dans toutes les régions métropolitaines et à La Réunion. Le CREAI, qui était à l'origine dédié à l'enfance handicapée, a vu son champ d'action élargi à toutes les situations de vulnérabilité. Il a aujourd'hui pour objet l'observation, l'animation régionale et le conseil technique auprès des structures et dispositifs spécialisés.



## Le logement accompagné, au cœur du développement local

Dijon

29 & 30 novembre 2016

Carole PEINTRE présente les pictogrammes officiels figurant les différents types de handicap :

- le handicap moteur
- le handicap auditif
- le handicap visuel
- le handicap mental ou psychique : la déficience intellectuelle non accompagnée de troubles psychiques ou les troubles psychiques facteurs de handicap (schizophrénie, troubles bipolaires).

La notion de « *handicap psychique* » a été développée au début des années 2000, sous l'impulsion de l'UNAFAM qui souhaitait donner une visibilité à ce handicap. Si le terme n'apparaît pas dans la loi « handicap » du 11 février 2005, celle-ci reconnaît néanmoins l'altération des fonctions psychiques comme source de handicap :

« *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 par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs **fonctions** physiques, sensorielles, **mentales**, **cognitives** ou **psychiques**, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

Cette loi n'aborde plus seulement le handicap sous l'angle biomédical, mais envisage également les répercussions sociales de l'altération des capacités. L'individu est considéré dans son environnement. Celui-ci joue justement un rôle clé dans le handicap psychique. A cet égard, les personnes en situation de handicap psychique s'adressent rarement à la MDPH afin d'obtenir la reconnaissance d'un handicap qu'elles perçoivent difficilement.

Les « *troubles psychiques sévères et persistants* » sont liés à une pathologie psychiatrique avérée, nécessitant des soins au long cours.

Enfin, la « *souffrance psychique* » correspond à une douleur ressentie, non somatique. Elle n'est pas nécessairement liée à une pathologie psychiatrique chronique.

Dans le cadre de l'intervention sociale et médico-sociale, il paraît plus pertinent d'utiliser le terme de « *situation de handicap psychique* » lorsque celui-ci a été reconnu. Sinon, il est préférable d'évoquer une « *situation de vulnérabilité en lien avec des troubles psychiques* ».

Les troubles psychiques peuvent prendre les formes suivantes :

- désorganisation de la pensée et du discours
- désorganisation du comportement
- idées délirantes
- hallucinations
- difficultés cognitives
- altération des capacités de cognition sociale
- difficultés dans la communication et la relation avec les autres
- difficultés à demander de l'aide



## Le logement accompagné, au cœur du développement local

Dijon

29 & 30 novembre 2016

- effets secondaires des traitements médicamenteux
- abus fréquents de substances (tabac, alcool, drogues)
- problèmes somatiques
- atteintes de l'estime de soi, anxiété, insomnie, ralentissement psychomoteur, phobie sociale, etc.

Les troubles psychiques sont variables, intermittents et évolutifs. Les personnes qui en sont atteintes ont besoin d'un suivi médical régulier. Elles ne présentent pas de déficience intellectuelle. Elles éprouvent des difficultés à demander de l'aide et à initier une action. Elles connaissent d'inégales difficultés dans les relations sociales. L'isolement et la rupture du lien social sont très fréquents. Ces personnes sont enfin souvent victimes de stigmatisation et de rejet.

Carole PEINTRE aborde l'impact des troubles psychiques sur la façon d'habiter un logement, en s'appuyant sur une recherche qu'elle a effectuée sur les SAVS/SAMSAH.

La capacité à entretenir le logement sur la durée (en termes de rangement et propreté) apparaît comme la condition première d'une vie à domicile. Cependant, l'accompagnement à domicile peut aussi nécessiter un appui aux actes essentiels, afin de mobiliser ces personnes. En outre, celles-ci vivent dans une grande solitude et sont souvent en conflit avec le voisinage. Elles sont aussi vulnérables vis-à-vis d'individus mal intentionnés et davantage victimes d'accidents domestiques. Il leur est enfin difficile d'effectuer les démarches administratives et de veiller à leur santé.

Par conséquent, avant d'intervenir à leur domicile, les professionnels doivent instaurer une relation de confiance, ce qui nécessite des qualités humaines et une formation spécifique. A cet effet, il convient de partir de ce qui fait sens, de ce qui est important pour la personne. Il importe également de respecter son rythme de vie, de négocier avec elle les termes de son accompagnement. Il convient, de plus, de « *faire avec* » elle et non à sa place. L'intervention régulière au domicile vise, en outre, à offrir des repères stables et à prévenir toute aggravation des troubles.

Carole PEINTRE évoque ensuite la nécessaire réorganisation des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales afin de mieux accompagner les personnes atteintes de troubles psychiques. En effet, ces dernières ont des besoins intriqués et interdépendants nécessitant des interventions multiples et coordonnées dans tous les domaines. De plus, ces interventions devront s'adapter à la situation, variable, de la personne. En revanche, la mise en place de soins adaptés sur la durée est impérative et doit représenter une préoccupation de l'ensemble des intervenants.

Aussi, dans les situations de handicap psychique, le partenariat n'est pas un choix, mais une obligation. Les actions des intervenants doivent effectivement être complémentaires et non concurrentes, dans une stratégie globale d'intervention. Cette stratégie repose sur le principe de la responsabilité populationnelle partagée : chaque intervention est à la fois indispensable et insuffisante puisqu'elle ne répond pas, à elle seule, à tous les besoins de la personne.



## Le logement accompagné, au cœur du développement local

Dijon  
29 & 30 novembre 2016

Il est nécessaire de réaliser une évaluation globale, partagée, de la situation de handicap psychique lors de la mise en place de toute aide ou suivi. Cette évaluation doit associer la personne (expertise expérientielle), son entourage (expertise domestique) et les professionnels (expertises cliniques).

En outre, tout intervenant est susceptible de détecter précocement une évolution des troubles psychiques, et, ainsi, de prévenir une hospitalisation. Il importe alors d'élaborer une réponse au problème posé en tenant compte des temporalités propres aux acteurs (MDPH, psychiatrie notamment).

De plus, il est nécessaire d'instaurer une veille territoriale afin d'intervenir auprès des personnes restées à l'écart de toutes les institutions. Cette veille permettra d'offrir à ces personnes un suivi global adapté et ce, dès leur première demande d'aide, dans un quelconque domaine, en s'appuyant sur un réseau d'acteurs agissant sur le territoire.

Les nouvelles politiques publiques favorisant le décroisement, de nombreux lieux de concertation et de coordination sont créés, qu'il s'agisse du Conseil local de santé mentale (CLSM), du réseau « Santé mentale - précarité », etc. Ces instances plurielles doivent élaborer une stratégie globale d'intervention visant d'abord l'accès aux droits fondamentaux pour ces personnes (approche civique).

Par ailleurs, il importe d'aller au-devant des personnes « *sans demande* » en :

- prenant le temps de nouer un premier lien de confiance
- leur témoignant de la sollicitude
- reconnaissant leur savoir-faire et leur savoir-être, ainsi que les spécificités de leur environnement
- multipliant les contacts avec elles sur la durée.

En conclusion, afin de gérer les situations de vulnérabilité sociale/handicap complexes liées à des troubles psychiques, les politiques sanitaires et sociales ont été réorientées. Les lois, élaborées depuis 2002, reposent sur les principes suivants :

- prévenir les ruptures de parcours
- rendre les personnes actrices de leur parcours
- élaborer une stratégie globale d'intervention
- privilégier une approche situationnelle sur le territoire.

Afin d'améliorer l'accompagnement de ces personnes, il est nécessaire de développer :

- des lieux de concertation et de coordination
- des actions adaptées à chaque personne
- des formations croisées, réunissant tous les acteurs
- des outils de partage de l'information
- des dispositifs permettant une mise en situation réelle
- un meilleur accès à la prestation de compensation du handicap (PCH).



## Le logement accompagné, au cœur du développement local

Dijon  
29 & 30 novembre 2016

Sylvie EMSELLEM donne la parole aux participants.

Pascale PICHARD, de l'ACAP, demande, en tant que responsable de résidences accueil, comment travailler avec l'environnement pour insérer ces résidences dans le tissu local.

Carole PEINTRE estime nécessaire que ces structures participent à des initiatives locales et organisent des manifestations lors de la semaine de la santé mentale. En dehors de ces événements, les structures peuvent prendre part à des activités mixtes organisées par les équipements de loisirs et les centres culturels.

Sylvie EMSELLEM constate, à ce propos, la disparité des ressources territoriales disponibles en vue de la construction d'un espace de santé partagé. Ainsi, en milieu rural, les ressources s'avèrent très limitées. Carole PEINTRE le confirme.

Fabienne CAMUS, chargée de mission logement au Département de la Haute-Loire, souligne que l'inclusion de ces structures dans le tissu local est facilitée dès lors qu'elles s'inscrivent dans un projet territorial. Par ailleurs, elle souhaiterait bénéficier du retour d'expérience d'acteurs ayant mis en place un réseau de santé mentale.

Carole PEINTRE lui suggère de s'adresser à des associations telles que Relais 94 ou Espoir 54.

Sylvie EMSELLEM propose qu'elle prenne contact avec le réseau santé mentale d'Evry (91).

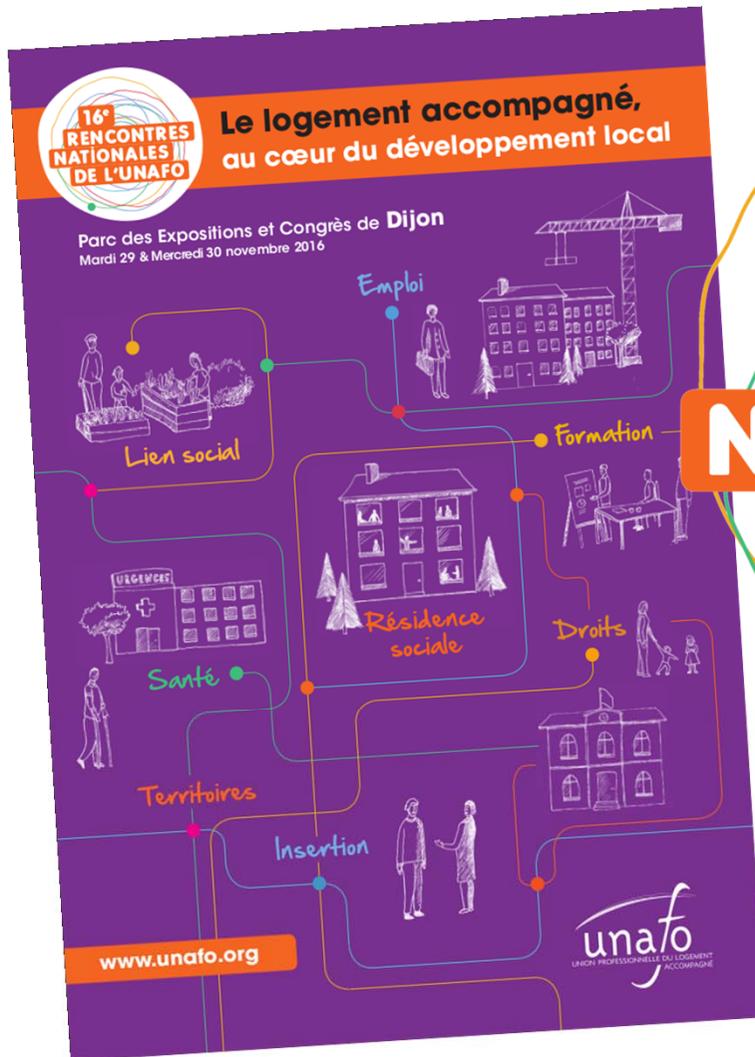
Christine GUINARD, d'ALFA3A, remercie Carole PEINTRE pour son exposé. Elle s'interroge sur la formation des accompagnants de son association.

Carole PEINTRE préconise une supervision ou une analyse de leurs pratiques par un acteur extérieur spécialisé, SAVS ou SAMSAH.

Catherine MARTIN, de SOLIHA Drôme, explique avoir établi un partenariat avec l'hôpital psychiatrique, qui soutient les équipes de son association en cas de problème et les forme sur les attitudes à adopter vis-à-vis des personnes présentant des troubles psychiques. Son association travaille également avec le CMP.

Adrien BREGER, de l'Association Les Invités au Festin, souhaite connaître les facteurs favorisant la vie collective au sein des résidences.

Carole PEINTRE concède ne pas avoir travaillé sur cette thématique.



# 16<sup>e</sup> RENCONTRES NATIONALES DE L'UNAFO

Parc des Expositions  
et Congrès de Dijon  
29 & 30 novembre 2016

unafo  
UNION PROFESSIONNELLE DU LOGEMENT  
ACCOMPAGNÉ

[www.unafo.org](http://www.unafo.org)



**16<sup>e</sup>**  
**RENCONTRES**  
**NATIONALES**  
**DE L'UNAFO**

Parc des Expositions  
et Congrès de Dijon  
29 & 30 novembre 2016

[www.unafo.org](http://www.unafo.org)

*unafo*  
UNION PROFESSIONNELLE DU LOGEMENT  
ACCOMPAGNÉ



Parc des Expositions  
et Congrès de **Dijon**  
29 & 30 novembre 2016

**Construire un espace partage de santé publique  
pour mieux accompagner les personnes avec des troubles  
psychiques**

**Carole PEINTRE: Responsable des études à l'ANCREAI**

[www.unafo.org](http://www.unafo.org)



# CREAI



- Centre **R**égional d'**E**tude, d'**A**ction et d'**I**nformation en faveur des personnes en situation de vulnérabilité.
- **Appui technique** : améliorer la connaissance des situations de vulnérabilité et accompagner les acteurs dans les transformations organisationnelles nécessaires.
- Handicap, protection de l'enfance, insertion, santé, personnes âgées...
- Expertise sur les situations complexes.
- **Recherche appliquée et appui méthodologique** : préconisations et/ou des outils favorisant le changement dans la mise en œuvre des politiques publiques (transformation des pratiques professionnelles, évolution de l'équipement, modification de la tarification, validation de dispositifs expérimentaux).

# PLAN DE L'INTERVENTION

- Première partie : **De qui parle-t-on ?** « *Souffrance psychique* », « *Troubles psychiques sévères et persistants* », « *fonctions psychiques* » et « *handicap (d'origine) psychique* » ?  
Quelles répercussions des troubles psychiques sur l'autonomie ?
- Deuxième partie : **L'impact des troubles psychiques sur la façon d'habiter son logement.**
- Troisième partie : **Comment réorganiser les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire pour mieux accompagner les personnes avec des troubles psychiques ?**

# 1<sup>ÈRE</sup> PARTIE : DE QUI PARLE-T-ON ?



# LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (D'ORIGINE) PSYCHIQUE (1/2)

- La notion de « handicap psychique » s'est développée au début des années 2000, avec le livre blanc de l'UNAFAM qui visait notamment à « **rendre visible** » **les situations de handicap psychique** et à les différencier clairement du « handicap mental » (*déficience intellectuelle – ex: personne atteinte d'une trisomie 21*).
- Cette terminologie n'a pas été reprise par la loi « handicap » du 11 février 2005. Mais la définition générale du handicap inclut celui lié **aux répercussions d'une altération des fonctions psychiques**.

*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 par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs **fonctions** physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou **psychiques**, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.»*

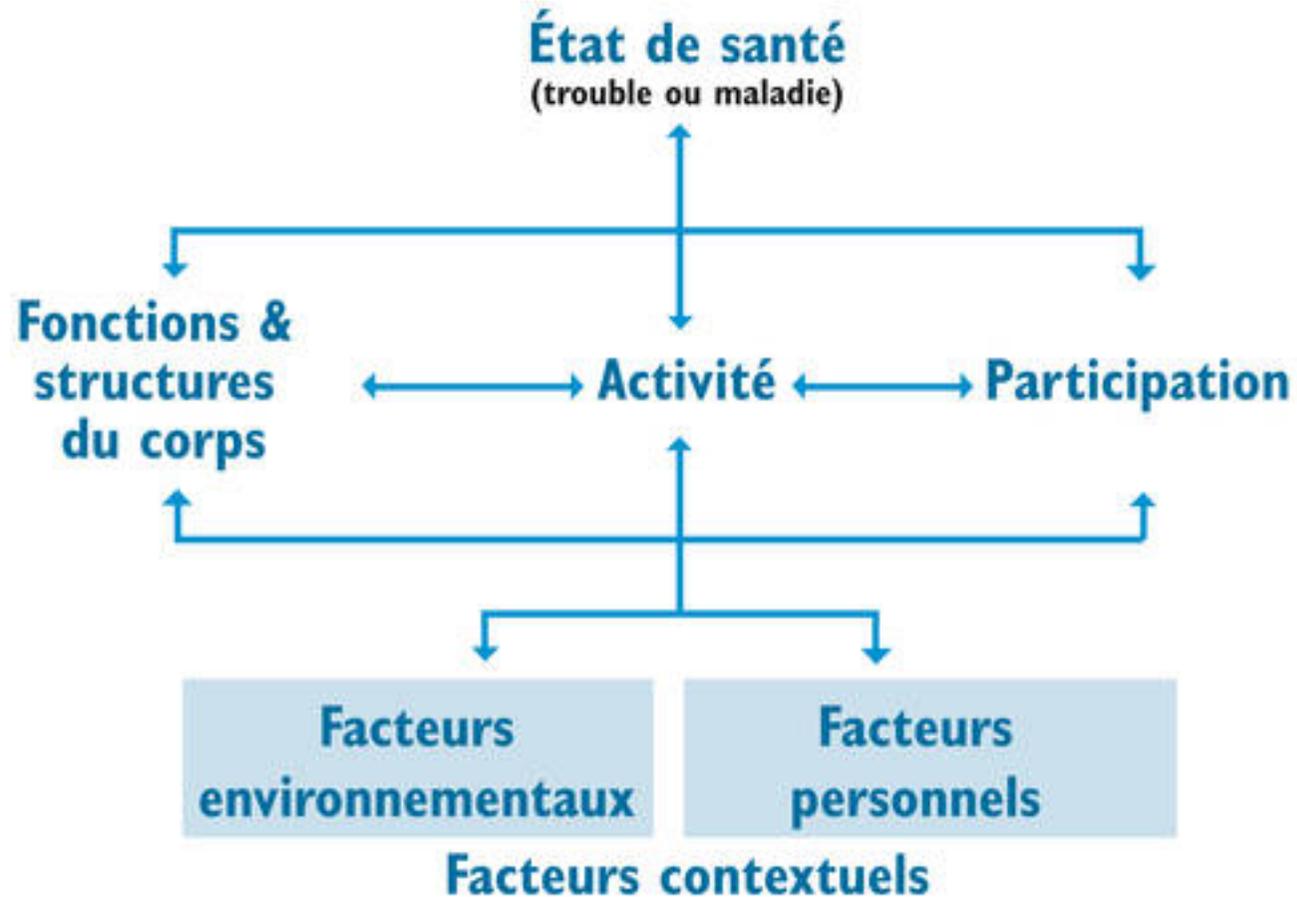
# LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (D'ORIGINE) PSYCHIQUE (2/2)

- La **définition du handicap** apportée par la loi 2005-102, centrée sur la réalisation des activités quotidiennes (*se lever, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer, etc.*) et la participation aux rôles sociaux (*être parent, exercer un métier, s'occuper de sa famille, être locataire, etc.*), prend non seulement en compte les facteurs personnels (notamment les aspects lésionnels et fonctionnels) mais aussi l'environnement (physique, humain, etc.). → **approche interactive et situationnelle du handicap.**
- « **d'origine psychique** » (cf. Guide CNSA à paraître) : **renforcer l'approche situationnelle du handicap.** Le handicap est autant lié au fonctionnement psychique de la personne qu'aux caractéristiques de l'environnement (contexte de logement, de travail... bienveillant, structurant, etc.).
- Mais toutes les personnes en situation de handicap psychique n'ont pas forcément fait la démarche de **reconnaissance du handicap auprès de la MDPH.**

## LES TROUBLES PSYCHIQUES (2/2)

- **Les troubles psychiques** génèrent (en partie) la situation de handicap psychique. On parle généralement de *troubles psychiques sévères et persistants* dès lors qu'il y a nécessité de la mise en place d'aides humaines, d'aides techniques ou d'aménagements de l'environnement pour exercer les activités courantes ou pour avoir une participation sociale.
- Les troubles psychiques sévères et persistants viennent le plus souvent **d'une pathologie psychiatrique avérée**, et en particulier d'une schizophrénie, d'une bi-polarité, d'une dépression sévère et chronique, de troubles graves de la personnalité, de troubles obsessionnels et compulsifs. **Ces maladies chroniques nécessitent toujours des soins au long cours** (qui s'exercent dans la majorité des cas de façon ambulatoire : CMP, CATTP, Hôpital de jour, psychiatre libéral – dans une majorité des cas il y aura un traitement médicamenteux).

## LES TROUBLES PSYCHIQUES (2/2)



Modélisation d'une situation de handicap – Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)

# LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

- Un terme mal défini, sans consensus.
- La souffrance psychique est **une douleur ressentie** non somatique.
- Elle peut être liée à une pathologie psychiatrique chronique (la schizophrénie génère de l'angoisse, qui est une souffrance psychique), mais elle peut aussi être en lien avec un évènement particulier (deuil), un contexte social défavorable (ex : grande précarité, isolement dû au chômage, etc.). On parle aussi parfois de « souffrance sociale ».
- Elle génère plus ou moins de troubles psychiques (impact sur la relation à l'autre par exemple : attitude de retrait, agressivité).

## LES TERMES LES PLUS SOUVENT USITÉS DANS L'INTERVENTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

- Privilégier le terme de « situation de handicap psychique » quand la personne a reçu une forme de reconnaissance de son handicap (en termes de ressources – AAH ou encore de besoins de compensation – prestation de compensation du handicap).
- « Situations de vulnérabilité en lien avec des Troubles psychiques » pour les autres situations.
- *La souffrance psychique est le plus souvent identifiée par les personnes extérieures quand elle génère des troubles psychiques (apathie, agressivité, angoisse, etc.) et/ou quand les causes de cette souffrance sont identifiées (deuil) ou exprimées par la personne.*

## QUELLES FORMES PRENNENT CES TROUBLES PSYCHIQUES ? (1/2)

*Cf. le Guide CNSA d'appui pour l'élaboration des réponses aux besoins des personnes présentant une situation de handicap d'origine psychique (à paraître au 1<sup>er</sup> trimestre 2017).*

- **Désorganisation de la pensée et du discours** : manque de cohérence logique, perte du fil directeur, modes de raisonnement rigides et inadaptés.
- **Désorganisation du comportement** : comportement de résistance à toute sollicitation, difficulté à initier une activité et à suivre un but (manque de motivation).
- **Idées délirantes** : croyances figées et qui ne changent pas face à des évidences qui les contredisent.
- **Hallucinations** : ce sont des expériences de type perceptif (entendre, voir, ressentir sur sa peau ou dans son corps, percevoir une odeur) qui surviennent sans stimuli extérieur. *Les plus fréquentes dans la schizophrénie : entendre des voix, qui donnent des ordres, conversent entre elles, etc.*
- **Difficultés cognitives** : altération du fonctionnement de la mémoire, des capacités d'attention, d'apprentissage, de vitesse de traitement de l'information, etc.
- Altération des capacités de **cognition sociale** : capacité de comprendre que l'autre est différent de soi (théorie de l'esprit), d'empathie émotionnelle (capable de tact et de respect), à identifier les rôles sociaux et la signification des situations sociales.

## QUELLES FORMES PRENNENT CES TROUBLES PSYCHIQUES ? (2/2)

*Cf. le Guide CNSA d'appui pour l'élaboration des réponses aux besoins des personnes présentant une situation de handicap d'origine psychique (à paraître au 1<sup>er</sup> trimestre 2017).*

- **Difficultés dans la communication et la relation avec les autres** : pb d'accès à l'implicite et à l'humour (compréhension du 1<sup>er</sup> degré), naïveté sociale (vulnérabilité, mise en danger de soi) ;
- **Ne sont pas toujours conscientes de leurs besoins d'aide ou de soins** et ne formulent pas des demandes ou font des projets de vie qui ne sont pas compatibles avec leurs capacités.
- **Effets secondaires des traitements médicamenteux** (prise de poids, somnolence, etc.)
- **Abus fréquents de substances** : tabac, alcool, cannabis, etc.
- **Des problèmes somatiques** souvent associés en raison des conditions de vie et d'un accès aux soins difficile (perte de 15 ans d'espérance de vie moyenne).
- **Autres symptômes** : atteintes de l'estime de soi, anxiété, insomnie ou perturbation du rythme jour/nuit, ralentissement psychomoteur, phobie sociale, etc.

## DES SITUATIONS DE HANDICAP PSYCHIQUE HÉTÉROGÈNES

*Cf. le Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP de l'ANESM)  
« Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques » (2016)*

- **Les troubles psychiques des personnes sont variables, intermittents et évolutifs.** 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** (psychiatrique et somatique).
- Les personnes n'ont **pas déficience intellectuelle** mais les troubles psychiques ont des répercussions sur le fonctionnement cognitif (mémoire, apprentissage).
- Les personnes peuvent être dans **l'incapacité de demander de l'aide** (non demande).
- **Difficulté à « faire », à initier l'action.**
- **L'acceptation des troubles et des difficultés** qui en découlent est parfois difficile pour la personne.
- Des **difficultés plus ou moins prononcées dans les interactions sociales.**
- **L'isolement et la rupture du lien est fréquent** (ex : arrêt inopiné des soins, errance et changement de ville de résidence, repli sur soi, enfermement au domicile, etc.).
- Elles sont **victimes de stigmatisation et de rejet** (de la part des voisins, collègues, entourage familial, etc.)

## 2<sup>ÈME</sup> PARTIE :

# L'IMPACT DES TROUBLES PSYCHIQUES SUR LA FAÇON D'HABITER SON LOGEMENT.



## LES SITUATIONS DE HANDICAP PSYCHIQUE ET LE LOGEMENT

*Cf. une recherche-action sur les SAVS/SAMSAH – CEDIAS-CREAI Idf 2011 ; une étude sur les services à domicile pour Handéo ANCREAI 2016).*

- Une condition première d'une vie à domicile : **le maintien de conditions minimales de rangement et de propreté du logement sur la durée.** *Eviers et toilettes bouchées, vaisselles sales laissées dans l'évier (mange à même la boîte de conserve), fuites d'eau non signalées, cendriers pleins, poubelles non vidées (odeurs jusque sur le pallier), encombrement lié à la récupération d'objets ou à l'incapacité de jeter des emballages ou les équipements cassés, vitres rendues opaques par la fumée de cigarette et la graisse de cuisson, volets restés en permanence fermés, courriers non ouverts mis en tas, draps sales et brûlés (cendres), etc.*
- Mais l'accompagnement à domicile peut aussi nécessiter **un appui aux actes essentiels** même s'ils savent faire les gestes, l'intervention d'un tiers (famille, SAD, SAVS/SAMSAH, VAD d'une infirmière du CMP, etc.) va les aider à « **se mettre en mouvement** ». Aide à faire les courses (difficulté à sortir de chez soi, à entrer dans un magasin, à établir une liste de courses « cohérente » (pas toujours le même aliment, en quantité adaptée, etc.), trier les aliments périmés dans le frigo et les placards, initier la prise des repas, inciter à prendre une douche, à changer de vêtements, à lancer une machine à laver, à l'étendre, etc.).

## LES TROUBLES PSYCHIQUES ET LE LOGEMENT

*Cf. une recherche-action sur les SAVS/SAMSAH – CEDIAS-CREAI Idf 2011 ; une étude sur les services à domicile pour Handéo ANCREAI 2016).*

- **Des difficultés de communication et d'interactions avec autrui** qui entraîne souvent une **grande solitude** (jusqu'à rester cloîtré chez soi), mais aussi **des conflits avec le voisinage** (bruit, odeur, stigmatisation liée aux comportements étranges, etc.)
- **La vulnérabilité** vis-à-vis d'individus mal intentionnés : squat de personnes non désirées ; ventes forcées par porte à porte, téléphone ou internet (ex : abonnement à des revues) ; extorsion d'argent (ex: menace ou chantage affectif) ; arnaques (ex : voyance).
- Les risques de mise en danger par négligence ou mauvaise appréciation de la réalité peuvent occasionner **des accidents domestiques** (ex : gaz resté ouvert).
- Des **problèmes d'accès ou de maintien de droits et de ressources financières** pour des personnes qui n'ont souvent pas ou plus la capacité de travailler et qui éprouvent des difficultés dans les démarches administratives (pb de motivation, de compréhension des courrier, d'orientation /faire un trajet inhabituel, de prendre les transports en commun – agoraphobie)
- **La prévention, l'accès aux soins et le suivi médical** (prise de rendez-vous, observance du traitement, hygiène de vie, etc.) sont aussi à prendre en compte.

## DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ADAPTÉES

- Nécessité d'établir d'une **relation de confiance** préalable avant toute intervention d'un tiers au sein de la sphère privée (pour des personnes qui n'en ressentent pas forcément la nécessité en raison de leur pathologie). ↪ Cela demande des qualités humaines (écoute, respect, empathie, discrétion, etc.) MAIS aussi une formation nécessaire pour mieux décrypter les discours, donner du sens aux comportements parfois étranges de la personne et s'adapter à ses habitudes de vie.
- **Partir de ce qui fait sens, ce qui compte pour la personne.**
- **Respecter son rythme de vie, « négocier l'accompagnement »**  
↪ L'intervention doit être progressive et négociée en termes de volume horaire, de nombre d'intervenants, après avoir déterminé avec l'ensemble des acteurs impliqués dans les soins et l'accompagnement de cette personne, ce qui est supportable et qui fait sens pour la personne aidée. (ex : négocier le nombre de passage dans la semaine et le moment de ce passage en prenant en compte les habitudes de vie de la personne).
- **« Faire avec » et non « à la place de ».** Les limitations d'activité sont davantage liées à une difficulté à prendre des initiatives, à entreprendre une tâche qu'à un défaut (ou une détérioration) de(s) capacités fonctionnelles ou des compétences pratiques.
- Toute intervention régulière au domicile a vocation à offrir **des repères stables** et à assurer **une fonction de veille** (pour prévenir une aggravation des troubles).

## 3<sup>ÈME</sup> PARTIE :

COMMENT RÉORGANISER LES RESSOURCES  
SANITAIRES, SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES DU  
TERRITOIRE POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES  
PERSONNES AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES ?



## DES BESOINS INTRIQUES ET INTERDÉPENDANTS NÉCESSITANT DES INTERVENTIONS MULTIPLES ET ARTICULÉES ENTRE ELLES

- Il existe des **besoins de multi-étayage** nécessitant l'intervention de plusieurs partenaires : pour le soin, l'accompagnement dans la vie sociale, l'organisation du quotidien, les actes de la vie civique, l'accès aux droits et la gestion des ressources.
- L'importance de chacun de ces besoins peut varier dans le temps, en lien avec la **variabilité des troubles psychiques** mais aussi selon les événements du parcours de vie et les contextes environnementaux. La personne peut, par moment être plus autonome, par moment moins.
- La mise en place de soins adaptés sur la durée est incontournable.
- L'accès aux soins, la prévention de la rupture de soins et/ou le raccrochage des soins est une préoccupation de l'ensemble des acteurs qui interviennent ou sont amenés à intervenir dans une situation de handicap psychique.

↳ Ainsi, pour les situations de handicap psychique, le partenariat n'est pas un choix mais une obligation. Chaque intervenant ne peut s'en tenir à une vision strictement centrée sur son domaine mais doit, au contraire, **inscrire son action dans une stratégie globale d'intervention où chacun a sa place et où les interventions entrent en complémentarité et ne se font en aucun cas concurrence.**

## UNE STRATÉGIE GLOBALE D'INTERVENTION

- « **Prendre en compte** » et non « **répondre à tous les besoins** » : Il s'agit moins que jamais pour les dispositifs de prétendre répondre à TOUS les besoins des personnes qu'elles soignent ou accompagnent et/ou de s'inscrire dans une filière de prise en charge déterminée. S'il s'agit bien, pour chaque acteur intervenant auprès de la personne en situation de handicap psychique, de prendre en compte ses besoins et attentes dans tous les domaines de vie, la stratégie globale d'intervention consiste en la mise en place de diverses réponses articulées issues de l'espace territorial partagé de santé publique.
- **La responsabilité population partagée** : Ne pas répondre tout seul à tous les besoins, c'est reconnaître que l'intervention respective de chaque acteur est à la fois indispensable ET non suffisante. → *Les personnes atteintes de troubles psychiques sévères et persistants vivant dans la Cité ne sont pas de la responsabilité exclusive du secteur psychiatrique, y compris dans une phase encore « productive » ou « bruyante » de la maladie. Le secteur psychiatrique a la responsabilité d'apporter les réponses en termes de soins, en complémentarité avec les acteurs du logement, de l'accompagnement dans le logement, de la vie sociale, etc.*

## UN CROISEMENT DES POINTS DE VUE NÉCESSAIRE TOUT AU LONG DU PARCOURS

- Au moment de la mise en place de toute aide ou suivi, nécessité d'une **évaluation globale, partagée de la situation de handicap psychique** (avec l'ensemble des acteurs et y compris avec la personne avec troubles psychiques et ses aidants familiaux).
- Qui repose sur **le triptyque de l'évaluation** : la personne (expertise expérientielle – ce qui fait sens pour elle et sa réalité « perceptive »), l'entourage (expertise domestique – des éléments de parcours et notamment de variabilité des troubles selon les contextes de vie), les professionnels (expertises cliniques – psychiatrique, éducative, sociale, etc.).
- Dans le cadre d'une fonction de **veille sur la situation** : chaque acteur de la situation peut constituer une « vigie » dans le repérage de l'évolution des troubles psychiques pour prévenir notamment une hospitalisation ou une rupture de parcours de soins et d'accompagnement (instaurer un travail en réseau qui permet de déterminer quel acteur on interpelle selon le problème identifié – en mettant en œuvre des pratiques partenariales qui assurent une *réactivité* du repérage et une *synchronicité* des différentes actions.

## INSTAURER UNE FONCTION DE VEILLE SUR LE TERRITOIRE

- Un des enjeux posés par les situations de handicap psychique est de pouvoir intervenir auprès des personnes **restées à l'écart** (provisoirement ou durablement) de toutes les institutions. Ainsi, ces nouvelles formes d'intervention décloisonnées/intersectorielles doivent s'accompagner de **la mise en place d'une veille sur le territoire**.
- ... qui serait la plus à même d'offrir à la personne en situation complexe de handicap autant d'entrées possibles vers un suivi adapté (qui a vocation à articuler à terme des soins et différents soutiens sociaux et/ou médico-sociaux).
- Cette veille est d'autant plus nécessaire pour les personnes présentant des troubles psychiques qu'elles sont plus souvent dans **la non demande** (sur une ou plusieurs dimensions de vie) et/ou **en rupture de soins et d'accompagnement**.

↳ Aussi, l'objectif est de **concevoir un maillage des ressources disponibles sur le territoire de façon à multiplier les opportunités pour la personne** (souvent en détresse, isolée, dans la non reconnaissance d'un besoin de soins ou d'aide dans la vie quotidienne) **de se saisir d'un soutien proposé** et de s'appuyer sur cette première relation d'aide pour développer, en accord avec elle, à son rythme et à partir de ce qui fait sens pour elle, une réponse plus globale prenant en compte l'ensemble de ses besoins attendus.

## INVESTIR DES LIEUX DE CONCERTATION ET DE COORDINATION

- **Développement de nombreux lieux de concertation et de coordination autour des situations de personnes présentant une situation de vulnérabilité en lien avec les troubles psychiques** : Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), réseau « santé mentale – précarité », commission des situations complexes d'un bailleur, groupe de travail partenarial mis en place sous l'égide d'un bailleur social, etc.
- Ces instances associent **une plus ou moins grande variété d'acteurs** et reposent sur **un territoire plus ou moins étendu**.
- **Faire face à des situations « complexes »**, c'est-à-dire où l'intervention est à la fois indispensable mais non suffisante.
- Lieu qui favorise **l'interconnaissance** et **l'acculturation réciproque**, notamment sur la compréhension de la nature et du périmètre des missions de chaque acteur.
- Importance de **développer un langage commun fondé sur une approche civique** : la stratégie globale d'intervention vise d'abord l'accès aux droits fondamentaux des personnes (vivre dans un logement, se soigner, avoir une vie sociale, travailler, etc.).

## ALLER AU DEVANT DES PERSONNES « SANS DEMANDE » (1/2)

- Les services sociaux souvent seuls face à des situations très difficiles **de personnes non connues par la psychiatrie qui ne sont pas en demande de soins**. Pb pour décoder les comportements ou les demandes, ou encore désœuvrement face à l'expression d'une souffrance aigue. De même, les structures d'hébergement sont souvent impuissantes pour intervenir auprès de personnes **présentant des addictions ou manifestant des troubles du comportement perturbant la vie collective**.
- Pour toutes ces situations de « non-demande », **les dispositifs psychiatriques et les services spécialisés dans le traitement des addictions** ne sont pas légitimes pour intervenir directement auprès des usagers (intervention trop intrusive ; uniquement dans le cas d'un **DANGER IMMINENT**).
- Les interventions (de soins ou sociales) **en urgence** ne sont pas propices à inscrire durablement la personne dans un processus de soins et/ou d'insertion.

## ALLER AU DEVANT DES PERSONNES « SANS DEMANDE » (2/2)

- S'entourer de tous les partenaires potentiels.
- Nouer d'abord un lien de confiance et témoigner de la sollicitude.
- Reconnaître les savoir-faire et les savoir-être de la personne, ainsi que les spécificités de son environnement, pour qu'elle devienne actrice de l'accompagnement : « *quand la personne se sent reconnue, elle peut entendre ce qu'on lui dit* ».
- Les contacts avec cette personne, initialement dans la non demande, seront forcément **multiples, croisés** (mobiliser les différents acteurs qui côtoient la personne) et **répétés sur la durée**.
- Il faut disposer de temps **pour nouer un premier lien de confiance**, pour susciter à un moment donné « une étincelle », souvent fragile, mais à partir de laquelle pourront peut-être émerger certaines demandes (cf. mission confiée par la MDPH à certains SAMSAH « handicap psychique » ; Relais 94 – service social spécialisé « handicap psy » financé par un bailleur social)
- Dans le cadre de l'inscription dans un réseau partenarial, convenir de modalités d'orientation facilitant l'accès (aux soins, au SAVS, à la MDPH, etc.).

## EN CONCLUSION... (1/2)

- Les situations de vulnérabilité sociale / handicap liés à des troubles psychiques **sont souvent complexes** ... du fait de l'intrication des besoins qu'elles génèrent, de la complémentarité des registres d'intervention qu'elles nécessitent, de la non demande d'aide ou non reconnaissance des troubles psychiques et de leurs répercussions.
- C'est pour gérer la complexité de ce type de situations que les nouvelles orientations des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales ont été élaborées. Les lois 2002, 2005, 2009, 2015, la loi de santé... reposent toutes sur les mêmes principes : prévenir les ruptures de parcours, rendre les personnes actrices de leur parcours (droit et parole des usagers, pair-aidance), répondre de façon articulée et cohérente à l'ensemble des besoins et attentes des personnes (stratégie globale d'intervention), privilégier une approche situationnelle sur le territoire (et non populationnelle).

## EN CONCLUSION... (2/2)

- Mais les institutions, les financements, les actions : **encore trop cloisonnés** (de multiples réformes en cours). **Les transformations en cours vont nécessiter de développer :**
  - les lieux de concertation et de coordination (notamment pour examiner certaines situations complexes et/ou non les besoins ne sont pas satisfaits),
  - Des actions permettant « d'aller au devant de la personne » et/ou assurer « une veille » et/ou proposer des variations de l'intensité du suivi.
  - développer des formations croisées (réunissant des professionnels de champs différents) et/ou avec la participation de personnes avec troubles psychiques,
  - des outils de partage de l'information (et des SI) qui reposent sur un langage commun,
  - des dispositifs permettant la mise en situation réelle (ex : appartement d'essai – Espoir 54).
  - Un enjeu fort sur un meilleur accès à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), notamment pour solvabiliser l'aide à domicile de type SAD.