

# La réhabilitation aujourd'hui : les pratiques

Voici le deuxième numéro de *Pluriels* consacré à la réhabilitation (cf. n°94-95). Il vient illustrer, grâce à plusieurs témoignages et expériences, le foisonnement créatif des équipes et la diversité des pratiques qui concourent à la déclinaison du concept d'*empowerment*, c'est-à-dire le renforcement du pouvoir d'agir par la personne elle-même.

Ne sont tracés ici succinctement que quelques-uns des axes qui peuvent contribuer à ces différents leviers de réhabilitation, qu'ils restent dans le domaine du soin comme les programmes spécifiques de psychoéducation, de remédiations cognitives ou d'entraînement aux habiletés sociales, ou qu'il s'agisse du rôle des services d'accompagnement de la personne, pour restaurer la capacité à habiter son logement, à retrouver le chemin d'une insertion professionnelle et à participer à la vie sociale et citoyenne.

Tous les auteurs insistent sur la nécessité d'une évaluation préalable des compétences des personnes et sur la complémentarité des actions et des coordinations à créer autour d'elles pour mener à bien le projet individuel de réhabilitation.

Les ARS ont un rôle majeur à jouer pour impulser une transversalité des actions et fédérer les initiatives des équipes soignantes et celles des SAVS et des SAMSAH, sans oublier d'aller explorer ce qui se fait au-delà de nos frontières et dont l'importation prend des formes variées comme, par exemple, le développement des *Club Houses*. Il s'agit aussi de promouvoir le développement de recherches appliquées interdisciplinaires et de formations transdisciplinaires pour contribuer au transfert des savoir-faire et des connaissances sur ce sujet.

Que ce numéro puisse nourrir l'inventi-

tivité des lecteurs, valoriser les expériences existantes et ainsi stimuler de nouveaux projets.

Dr Catherine Isserlis

## S O M M A I R E

### P2

I. Complémentarité de la psychiatrie et de l'accompagnement médico-social dans les actions de réhabilitation.

- Une expérience de partenariat en réhabilitation autour de l'évaluation du handicap psychique.

*Dr Céline Roussel*

*Dr Élisabeth Giraud Baro*

- Une étude du CEDIAS : quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ?

*Carole Peintre*

### P6

II. Un exemple de pratique de soin : la remédiation cognitive.

- Place de la remédiation cognitive dans le processus de réhabilitation ou de rétablissement.

*Dr Christine Passerieux*

### P7

III. L'accompagnement dans le logement.

- Les appartements d'évaluation du SAVS Espoir 54 : un espace transitionnel vers une vie dans un logement adapté.

*Cécile Dedenon, Alexis, Florence Defrain*

- Les programmes d'insertion proposés par le SAVS du GRIM.

*René Baptiste*

### P10

IV. Réhabilitation et insertion professionnelle.

- Accompagner vers l'emploi... l'expérience bas-rhinoise du SIMOT.

*Jean-Luc Picard*

- Galaxie : un réseau national pour favoriser l'insertion socio-professionnelle des personnes en situation de handicap psychique.

*Évelyne Cercley*

- L'émergence d'une nouvelle forme d'entraide : présentation du premier *clubhouse* français.

*Nicole de Montricher*

### P14

V. Le rôle de la coordination territoriale.

*Corinne Martinez*

---

# I. Complémentarité de la psychiatrie et de l'accompagnement médico-social dans les actions de réhabilitation.

## Une expérience de partenariat en réhabilitation autour de l'évaluation du handicap psychique.

Le concept de rétablissement peut se définir comme une attitude volontariste souhaitant rediriger la cible des interventions professionnelles vers ce que la personne désire, vers ses buts [1] en organisant les actions et les services vers l'individualisation et la participation active des personnes concernées [2].

Cette approche influence profondément les modalités et stratégies thérapeutiques en réhabilitation psychosociale.

Ainsi, les actions de réhabilitation psychosociale s'organisent selon un schéma individualisé qui nécessite au préalable une évaluation fonctionnelle qui permette d'identifier les besoins formulés par la personne, les besoins évalués objectivement, la présence ou l'absence de compétences adaptatives pré morbides, les « stresseurs », et les ressources personnelles et environnementales mobilisables.

Plusieurs types d'interventions sont classiquement mobilisées en réhabilitation selon les priorités définies dans le programme d'intervention individuel. Elles visent à développer les « facteurs de protection » que sont les mesures d'ajustements pharmacologiques, l'éducation thérapeutique (en vue d'une meilleure observance et de la gestion des comorbidités), l'entraînement aux habiletés ou compétences sociales et professionnelles, les thérapies cognitives et comportementales (gestion des hallucinations, gestion du stress, affirmation de soi, métacognition), le soutien des aidants et l'aménagement de l'environnement.

Les mesures pharmacologiques et psychosociales doivent être complémentaires et c'est l'action combinée des deux qui permettrait une plus grande efficacité sur la réduction des symptômes [3].

L'ensemble de ces interventions s'appuie nécessairement sur la connaissance des déficits cognitifs rencontrés dans la maladie et leur technique de remédiation.

L'organisation et la pertinence des différentes actions les unes par rapport aux autres semblent dépendre des facteurs subjectifs, de la motivation, de la « disponibilité » [5] et de l'utilisation intégrative de la remédiation cognitive dans les programmes proposés.

Le rôle central des troubles cognitifs et le paramètre pondérant des facteurs subjectifs doivent être pris en considération à au

moins trois niveaux tout au long du parcours de réhabilitation et quelle que soit la nature de l'intervention :

- dans une remédiation ciblée auprès du patient en fonction de son bilan cognitif et fonctionnel ;
- dans une action intégrative lors des interventions des professionnels du milieu sanitaire et du milieu médico-social en adaptant les programmes de réadaptation de façon à ce que les interventions visent à mettre en valeur les forces du patient au lieu de se concentrer sur ses faiblesses ;
- dans la sensibilisation des familles à cette question.

Sur un plan plus pratique et afin de répondre au mieux à ces concepts, le centre de jour de réhabilitation psychosociale s'inscrit dans une logique intersectorielle au sein du centre hospitalier Alpes-Isère et dans une dynamique de travail collaboratif avec les secteurs de psychiatrie générale, les médecins libéraux et les partenaires médico-sociaux et sociaux (via le Réhpi, Réseau Handicap Psychique de l'Isère, réseau de santé dédié à l'insertion professionnelle et/ou sociale des personnes en situation de handicap psychique). Il propose à ces personnes un parcours de soin individualisé autour d'un projet élaboré en partenariat avec l'adressant.

Ces parcours de réhabilitation s'inscrivent donc en complément des soins et s'adressent à une population de plus en plus jeune en demande d'insertion sociale et/ou professionnelle.

Le centre de jour propose des prises en charges évolutives et dynamiques en fonction des besoins (exprimés et/ou évalués) et des demandes d'aide de la personne.

Après une évaluation initiale réalisée en deux temps (une phase d'amorce permettant une adhésion au processus de réhabilitation puis un bilan neuropsychologique et psychiatrique plus exhaustif), il est proposé à la personne un accompagnement personnalisé.

Le travail de réhabilitation s'articule selon deux grands axes :

- un travail spécifique de remédiation et réentraînement psychosocial proposé sur l'hôpital de jour (en groupe ou en individuel) ;
- un travail dit « écologique » d'accompagnement et de soutien au projet dans l'environnement propre de la personne.

Dans les suites de cette évaluation résolument fonctionnelle (bilan neuropsychologique et inventaire des besoins et ressources) et la proposition d'un Plan d'intervention individualisé « P2i » en fonction de l'évaluation et des objectifs, le centre de réhabilitation psychosociale propose des interventions spécifiques utilisant des outils et méthodologie validés dont les supports seront adaptés aux besoins personnalisés (stratégies de compensation).

Sont ainsi développés des programmes :

- d'éducation thérapeutique (maladie, traitements, toxiques, prévention des rechutes) ;
- de remédiation cognitive et théorie de l'esprit ;
- d'entraînement aux habiletés sociales ;
- de soutien à l'expression des ressources personnelles prenant en compte les facteurs subjectifs et environnementaux (dynamique motivationnelle, thérapies cognitivo, comportementales, estime de soi, métacognition) ;
- d'autonomie à l'hébergement : soins résidentiels consistant en un nombre conséquents d'interventions et d'accompagnements pluriprofessionnels au domicile et autour de la personne afin de soutenir au plus près son projet d'autonomie ;
- de soutien à l'insertion professionnelle : ESSORT ;
- de soutien aux aidants (Profamille).

À ces interventions sont adjoints des outils de coordination du parcours et des acteurs qui se matérialisent par un Plan personnalisé de santé, des réunions de concertation pluridisciplinaire et le développement de coordinateurs de parcours.

Une équipe de coordination est mise en place autour de chaque patient avec pour mission de mettre en œuvre et adapter le projet en fonction des besoins et des souhaits de la personne.

Cette équipe de coordination est composée d'un médecin, d'un neuropsychologue, d'un infirmier, d'un ergothérapeute et d'un éducateur, et chacun des membres de cette équipe intervient auprès du patient lors des différents temps du parcours en fonction de l'avancée des projets et de la pertinence de leur accompagnement à un temps donné.

Pour exemple, l'infirmier interviendra auprès de la personne quand la question du soutien à la gestion de la maladie sera prioritaire, l'ergothérapeute encadrera la mise en place d'un projet d'autonomie avec le neuropsychologue.

Le parcours de la personne est donc loin d'être linéaire [4] et évolue en fonction du temps et des besoins.

Il faut plusieurs mois pour mettre en place l'ensemble des actions et interventions de réhabilitation et permettre ainsi à la personne d'accéder au développement de son projet de vie. Certaines actions mises en place (ateliers spécifiques de remédiation ou accompagnements écologiques) nécessitent parfois une répétition à distance en fonction de l'évolution des potentialités, mais également de l'évolution du projet personnel (par exemple, développement d'un projet de retour au travail dans les suites d'un accompagnement réussi vers l'autonomisation de la personne).

Ceci nécessite donc une grande coordination et des temps de synthèse réguliers autour des projets et des actions à mettre en œuvre pour faciliter sa réalisation.

Les interventions de réhabilitation psychosociale mobilisant des techniques dites « de pointe » [2] et se référant aux neurosciences font appel à des ressources sanitaires. Cependant, tout un pan du domaine de la réhabilitation dite « écologique » concerne l'accompagnement et le secteur médicosocial. L'articulation des deux champs est un enjeu fort pour la réussite de l'insertion et du rétablissement des personnes [6]. Les techniques utilisées et les théories qui les sous-tendent doivent être comprises et validées par l'ensemble des acteurs.

Auprès des professionnels, il est important de développer une connaissance des troubles cognitifs présentés par le patient afin de leur permettre d'adapter leur prise en charge tant dans le cadre des techniques et des supports que dans la relation individuelle.

La richesse du regard et des interventions pluridisciplinaires fonde les actions de réhabilitation.

Fort de ces postulats, le RÉHPI a lancé fin septembre 2011, avec 13 de ses membres, la mise en place à titre expérimental d'une ESEHP (Équipe spécialisée d'évaluation du handicap psychique).

Inspiré bien sûr par l'expérimentation conduite en 2008/09 par Galaxie avec le soutien de la CNSA dans six départements français, le RÉHPI, conventionné avec la MDPH de l'Isère, a souhaité aller plus loin dans son fonctionnement actuel, proche de celle d'une ESEHP, en formalisant davantage le partenariat avec ses membres via une convention de partenariat spécifiant l'implication de chacun, en élaborant conjointement un référentiel commun pour cette évaluation partagée et en visant à une meilleure réactivité comme articulation des interventions pendant la phase évaluative.

Un Comité technique (COTECH) composé de professionnels des 13 membres prestataires de l'ESEHP et des permanents du RÉHPI, mixtes (sanitaire / médico-social / social), a été constitué formant une équipe pluridisciplinaire élargie avec psychiatres, psychologues, infirmières, chefs de service, conseillers d'insertion professionnelle, ergothérapeutes, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, éducateur technique, responsables d'unité de production et gestionnaire de cas (« case manager »). C'est au sein de ce COTECH que les inclusions sont décidées, l'évaluation conduite et la proposition de projet d'insertion élaborée. Le Centre de Réhabilitation Psychosociale propose, au sein de ce COTECH, une évaluation du champ psychopathologique comprenant une évaluation des capacités cognitives et des facteurs subjectifs (ressources personnelles). Cette évaluation permet d'aider à élaborer un plan de soutien à l'emploi *in situ* en associant des techniques de remédiation très spécifiques, des actions d'accompagnement individualisées et une adaptation du poste de travail aux déficits persistants présentés par la personne.

### **Docteur Céline Roussel,**

Praticien hospitalier, responsable du Centre de réhabilitation psychosociale - Pôle Handicap Addiction Réhabilitation - Centre Hospitalier Alpes-Isère. [croussel@ch-alpes-isere.fr](mailto:croussel@ch-alpes-isere.fr)

### **Docteur Élisabeth Giraud Baro,**

Praticien hospitalier, chef du pôle Handicap Addiction Réhabilitation, Centre Hospitalier Alpes-Isère.

### **Références**

- [1] Silverstein SM., Psychiatric rehabilitation in schizophrenia: Unresolved issues, current trends, and future directions. *Applied and Preventive Psychology*, 2000 : 9, 227-248.
- [2] Lecomte T, Leclerc, C. Manuel de réadaptation psychiatrique. Presses de l'Université du Québec, 2006.
- [3] Bellack AS. Rehabilitative Treatment of Schizophrenia, in *Comprehensive Care of Schizophrenia: a Textbook of Clinical Management*. J.A. Lieberman and R.M. Murray Editors 2001, Taylor & Francis Group.
- [4] Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Solomon P., *Principes and practice of rehabilitation: an empirical approach*. New York, Guilford Press, 2008.
- [5] Farkas M., Réadaptation psychiatrique : une approche et un processus. *Santé Mentale* 2006,106, 51-58.
- [6] Deegan PE., Le rétablissement comme processus de transformation. *Santé Mentale*, 2006,106, 68-76.

## **Une étude du CEDIAS : quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ?**

Parmi les différents modes de compensation introduits par la loi du 11 février 2005 (loi dite « handicap »), les services d'accompagnement (SAVS et SAMSAH) apparaissent comme des formes de soutien à la vie quotidienne et sociale essentielles pour permettre à une personne en situation de handicap d'origine psychique de vivre dans la cité.

Si tous les acteurs s'accordent à penser nécessaire la généralisation de ces dispositifs sur les différents territoires, les financeurs (Conseils généraux et ARS) et les promoteurs (associations gestionnaires, secteurs psychiatriques) posent des interrogations fortes sur la nécessité ou non d'une spécialisation et d'une médicalisation de ces services, ou encore sur l'intérêt de leur participation à la démarche d'évaluation conduite par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

### **Une recherche-action nationale**

Aussi, le CEDIAS-CREAH IÎle-de-France a conduit en 2009/2010 une recherche-action nationale reposant sur la comparaison de dix services d'accompagnement très diversifiés (2 SAVS « généra-

listes », 4 SAVS et 4 SAMSAH spécialisés « handicap psychique »), en croisant des informations collectées à la fois auprès de la direction des dix services d'accompagnement, de leur équipe, d'usagers et de parents, mais aussi de trente partenaires (dont dix secteurs psychiatriques).

Les résultats de la recherche ont fait l'objet d'une synthèse (48 pages), téléchargeable sur le site Internet du CEDIAS-CREAH IÎle-de-France ([www.creai-idf.org](http://www.creai-idf.org)), et ont été présentés au cours des journées régionales des 19 et 20 janvier 2012 à Paris (manifestation ayant rassemblé 250 professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social). D'autres journées en régions seront organisées au cours de l'année 2012.

Les principaux apports de ces travaux portent notamment sur la place spécifique accordée aux personnes accompagnées dans ces services (positionnement « citoyen ») et sur le cadre spécifique de leur intervention, à la fois solide, permanent et souple (que ce soit en termes de pratiques professionnelles, de procédures d'admission ou encore de durée de l'accompagnement).

Dans cet article, sera développée uniquement la place de la santé dans l'accompagnement proposé par ces services spécialisés et la complémentarité de leur action avec les soins délivrés par le secteur psychiatrique.

### **Soins et accompagnement médico-social : deux démarches complémentaires et non subsidiaires**

Si le suivi psychiatrique, comme l'accompagnement à la vie sociale, ont vocation à contribuer au rétablissement de la personne (en se référant souvent aux principes de la réhabilitation psychosociale), ces deux modes de soutien (sanitaire et médico-social) poursuivent des objectifs immédiats différents et leur intervention s'exerce dans des espaces différenciés.

Ainsi, les soins relèvent des dispositifs psychiatriques et visent à une amélioration de l'état morbide : diminuer les symptômes, voire faciliter le développement des fonctions cognitives et les habiletés nécessaires pour l'autonomie dans la vie quotidienne.

L'accompagnement médico-social se conduit dans le quotidien de vie de la personne et vise à favoriser une posture de sujet dans la cité. L'accompagnement médico-social a d'abord pour objectif d'ouvrir des perspectives de vie pour la personne, de l'aider à faire des choix, de valoriser ses compétences en les confrontant avec l'environnement qui l'entoure.

Ces deux démarches de soin et d'accompagnement médico-social sont ainsi résolument complémentaires et non subsidiaires.

Alors que s'agite la crainte d'un transfert des moyens des secteurs psychiatriques en faveur d'un développement des ser-

---

vices d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique, la recherche met en évidence que la mise en place de ces services ne peut s'inscrire que dans un maintien, voire dans un développement, des structures sanitaires ambulatoires.

En effet, si l'accompagnement proposé par ces services s'attache à diminuer le recours à l'hospitalisation (hospitalisation moins fréquente et/ou de durée plus limitée), leur action favorise un suivi psychiatrique ambulatoire plus régulier (et mobilise donc davantage les équipes de CMP), nécessite des temps de synthèse et de concertation autour des situations communes (souvent « chronophages »), etc. Ainsi, le développement des services d'accompagnement ne peut s'envisager que dans le cadre d'une psychiatrie de secteur à même d'exercer toute sa mission, notamment dans le cadre d'actions partenariales sur un territoire donné.

### **Une des missions centrales du service d'accompagnement : veiller à la continuité du suivi psychiatrique**

Qu'ils posent ou non officiellement le suivi psychiatrique comme un pré-requis à l'accompagnement, l'inscription dans une démarche de soin, durable et adaptée, est le premier objectif des SAVS et SAMSAH dans l'accompagnement « négocié » progressivement avec la personne (dans le respect de ses choix et de son rythme), dès lors qu'ils s'adressent à un public en situation de handicap psychique.

Cette attention particulière se traduit pour tous les services d'accompagnement par une fonction de veille à la continuité des soins et de « rattachage des soins » en cas d'interruption du suivi psychiatrique. Cette « veille » porte aussi bien sur l'observance du traitement, la régularité des consultations et de la participation aux activités thérapeutiques mises en place, que sur le repérage et le signalement d'une aggravation psychique susceptible de conduire à une ré-hospitalisation.

### **Des SAMSAH mieux « outillés » pour remplir certaines missions**

La « médicalisation » des SAMSAH se manifeste moins par la présence substantielle de médecins (qui peut se restreindre à quelques heures par semaine pour un des SAMSAH de notre panel) ou d'une qualification particulière, que par la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire (infirmier, AMP, travailleurs sociaux, psychologue, chargé d'insertion professionnelle, aide soignante, etc.), susceptible d'intervenir de façon régulière et soutenue dans les lieux de vie de la personne (et en particulier à son domicile).

L'analyse de l'ensemble des biographies tend ainsi à montrer que les interventions croisées de l'équipe pluridisciplinaire du SAMSAH sont davantage qu'un SAVS en mesure de traiter des problèmes d'hygiène personnelle ou d'incurie, d'aller au-devant des personnes les plus isolées ou encore de s'adresser à un public en rupture de soins psychiatriques, voire pour lequel la maladie n'a jamais été diagnostiquée et qui refuse tout contact avec le secteur psychiatrique.

Enfin, le soutien à la santé somatique tend également à spécifier le projet institutionnel des SAMSAH, particulièrement investis dans le suivi et la coordination des soins pour des personnes atteintes, en sus de leur pathologie psychiatrique, de maladies somatiques graves et/ou chroniques (VIH, cancer, hépatite, maladie cardiaque ou respiratoire, etc.) ou cumulant divers problèmes de santé nécessitant une veille médicale, des aménagements de vie particuliers (régime diététique par exemple) et conduisant à des hospitalisations fréquentes en médecine générale.

### **Vers une politique globale de santé publique...**

Les lois de 2005 (« handicap ») et de 2009 (« HPST ») posent le cadre d'un dépassement des secteurs sanitaires et médico-sociaux pour construire une politique globale de santé publique, et les services d'accompagnement spécialisés pourraient servir de levier dans cette nouvelle organisation des ressources territoriales.

En effet, les services d'accompagnement, en collaboration avec les services de soins et les services sociaux, pourraient avoir, sur leur territoire d'appartenance, une fonction de « veille et de prévention » des risques en matière de troubles psychiques. De plus, un plan personnalisé et concerté de soins et d'autonomie (PPSA) pourrait définir, pour chaque personne en situation de handicap d'origine psychique, les soins et les modalités d'accompagnement et de soutien participant d'une stratégie globale d'intervention répondant aux besoins et attentes de la personne dans ses différents domaines de vie (dont la santé et la vie sociale).

Ainsi les secteurs médico-social et de santé mentale pourraient inscrire les situations de handicap d'origine psychique comme un modèle de transversalité des trois schémas (prévention, soins, accompagnement médico-social) du Plan régional de santé (PRS) et proposer concrètement, sur chaque territoire et autant que faire se peut, des contrats locaux de santé et d'autonomie (avec les communes, les bailleurs sociaux, les bassins économiques, les établissements et services médico-sociaux et les associations d'usagers).

**Carole Peintre,**  
CEDIAS-CREAHI Ile-de-France

## Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ?

Carole Peintre, Jean-Yves Barreyre, Anne-Marie Asencio. Recherche-action nationale conduite par le CEDIAS-CREAI Ile-de-France, en collaboration avec les CREAI Bretagne, Aquitaine et Alsace, et financée dans le cadre du Programme de recherche 2008 « handicap psychique, autonomie, vie sociale ». DREES-MiRe et CNSA (en collaboration avec le DGAS, le GIS-IRESP et l'UNAFAM).

## II. Un exemple de pratique de soin : la remédiation cognitive.

### Place de la remédiation cognitive dans le processus de réhabilitation ou de rétablissement.

La remédiation - ou rééducation - cognitive serait-elle un moyen, parmi d'autres, d'aider une personne souffrant de troubles mentaux sévères à être l'acteur de sa guérison ? Serait-elle même, dans certains cas, un pré-requis au recouvrement de facultés nécessaires au parcours vers une forme de guérison ?

Le vaste mouvement qui promeut cette nouvelle technique de soin apporte des arguments robustes quant à son intérêt. Le premier est le bilan finalement décevant des nombreux programmes de réinsertion et de réhabilitation développés depuis le mouvement de désinstitutionalisation des années 70. Malgré la généralisation de l'usage des antipsychotiques, malgré les approches finalement diversifiées de soins complémentaires et même si le manque de moyens et de généralisation de ces approches reste criant, le handicap auquel conduisent les troubles mentaux sévères et en particulier les troubles schizophréniques reste souvent majeur. À partir de cette déconvenue s'est imposé peu à peu un constat : les troubles cognitifs sont souvent un point de blocage du rétablissement. Ainsi, le regard s'est peu à peu déplacé des symptômes, cibles des antipsychotiques, aux difficultés cognitives sur lesquels leur action n'est que très limitée<sup>1</sup>. La littérature est aujourd'hui très abondante qui analyse les liens entre les troubles cognitifs et le fonctionnement des patients. Globalement, on estime que les troubles de la cognition dite « froide » (mémoire, attention, organisation de l'action, capacités d'apprentissage, etc.) seraient responsables de 6 à 15 %<sup>2</sup> des difficultés et du manque d'autonomie dans la vie quotidienne. Les troubles de la cognition sociale - qui

concerne les capacités cognitives dédiées à la communication avec autrui : reconnaissance des émotions, capacité à décoder les états mentaux, croyances, désir ou intentions d'autrui - seraient eux responsables de 16 à 30 % des difficultés de fonctionnement dans la vie sociale<sup>3</sup>. Deux facteurs majeurs jouent un rôle de facteurs intermédiaires : la motivation et la métacognition (ou pensée sur la pensée)<sup>4</sup>.

Au-delà de ce constat, la remédiation cognitive devait faire la preuve de son efficacité. C'est chose faite aujourd'hui, l'ensemble des méta-analyses<sup>5</sup> montrent que l'impact de ces techniques de soin sur le fonctionnement est aussi important que celui des thérapies cognitives et comportementales sur les symptômes. L'intérêt est bien là, les professionnels des secteurs de psychiatrie le manifestent mais comment faire ? Avec quelle méthode ? Quels professionnels ? Dans quelle séquence de soins ? La plupart des méthodes récemment développées semblent avoir une efficacité sur les troubles cognitifs, mais comment espérer un réel impact dans la vie quotidienne, un transfert des compétences ? Et parmi les nombreuses cibles possibles, lesquelles privilégier ?

Il existe d'ores et déjà quelques éléments de réponse. Tout d'abord, la remédiation cognitive est un soin complémentaire aux autres traitements. Plus encore, pour pouvoir en bénéficier, un certain degré de stabilisation est indispensable : c'est dire que la remédiation s'adresse à des patients sous traitement, antipsychotique le plus souvent. Ensuite, une remédiation cognitive n'est pas concevable sans bilan préalable : comme tout soin, il doit être ciblé sur les difficultés réelles et en particulier celles qui sont ressenties par le patient comme source de souffrance ou de difficulté. De cette personnalisation des soins, on pourra espérer réaliser une condition indispensable au succès de la thérapie : l'engagement du patient dans des soins qui

1. WYKES T., REEDER C. (2005), *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia. Theory and Practice*, Routledge Ed, Taylor & Francis Group, London and New York.

2. FETT A-K J., VIECHTBAUER W., DOMINGUEZ M-de;G., PENN D.L., VAN OS J., KRABBENDAM L. (in press), « The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia : a meta-analysis ». *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.

3. KOREN D., SEIDMAN L.J., GOLDSMITH M., HARVEY P.D. (2006) « Real-World Cognitive - and metacognitive - dysfunction in schizophrenia: a new approach for measuring (and remediating) more "right stuff" ». *Schizophrenia Bulletin*, vol. 32, n°2, p. 310-326.

4. KURTZ M.M., RICHARDSON C.L., "Social Cognitive Training for Schizophrenia: A Meta-Analytic Investigation of Controlled Research". *Schizophrenia Bulletin*, in press

5. WYKES T., HUDDY V., CELLARD, C., MCGURK, S.R., CZOBOR, P. (2011) "A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes". *Am. J. Psychiatry*, 168, 472-485.

vont requérir ses efforts. De surcroît, le lien entre les troubles cognitifs et les difficultés de la vie quotidienne sera l'une des cibles de la remédiation. Ce point essentiel répond également à la question du « qui » peut dispenser la remédiation cognitive : c'est clair, des thérapeutes formés, qu'ils soient psychiatres, neuropsychologues, psychologues ou infirmiers. Un troisième élément de réponse concerne la cible de la remédiation : nous l'avons vu, plus encore que les troubles de la cognition froide, ce sont les troubles de la cognition sociale qui sont source de handicap dans les troubles schizophréniques ou apparentés. Là encore, le constat mobilise à présent les efforts de la communauté scientifique internationale pour développer des programmes adaptés<sup>6</sup>. Enfin, le dernier point-clé concerne la synergie entre la remédiation et les actions de réhabilitation. La stratégie très anglo-saxonne du « place then train » - c'est-à-dire d'immerger d'emblée les patients dans des environnements stimulants de travail ou de réadaptation tout en les traitant par remédiation cognitive - a fait la preuve d'une très nette supériorité. Plus que complémentaires, les actions de réhabilitation et de remédiation semblent fortement synergiques<sup>7</sup>. Les mécanismes de cette synergie sont sans doute multiples : prise de conscience partagée par le patient et par son entourage de difficultés, le plus souvent méconnues bien que causes de handicap, expériences de succès et de réciprocité qui augmentent considérablement la motivation du patient qui constate ainsi directement le fruit de ses efforts. De cette façon, la remédiation cognitive souscrit au principe de la réhabilitation : elle peut être considérée comme un outil mis à la disposition du patient qui, en le saisissant tout en s'appuyant sur les soins et les conseils, va agir sa guérison et non la subir.

**Christine Passerieux,**

Chef du service de psychiatrie d'adulte du Centre hospitalier de Versailles, professeur à l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (cpasserieux@ch-versailles.fr).

### III. L'accompagnement dans le logement.

#### Les appartements d'évaluation du SAVS Espoir 54 : un espace transitionnel vers une vie dans un logement adapté.

Le rapport du député Charzat, en 2002, met en évidence les caractéristiques propres au handicap psychique et les besoins qu'ils induisent. D'après celui-ci, les conséquences graves qui en résultent conduisent à un risque de « mal-logement ».

Si certaines personnes relèvent d'institutions spécialisées, pour d'autres, ces structures constituent un cadre trop lourd qui ne leur permet pas d'évoluer favorablement.

Cependant, les personnes vivant ces difficultés ne trouvent pas, dans les propositions de logement existantes, des lieux d'essais pour mettre en pratique et tester leurs compétences à vivre en autonomie.

#### La création d'un dispositif novateur de simulation de la vie dans un logement autonome

Pouvoir s'exercer sans tout risquer en étant placé en situation réelle, telle est la démarche proposée par le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale d'Espoir 54 depuis 2006, à travers l'« appartement d'évaluation ».

Comment gérer la solitude ? Vais-je savoir gérer les tâches ménagères ? Est-ce que je m'adapterai si je choisis de changer d'environnement et de vivre en ville ?

Telles sont les questions qu'Alexis, alors âgé de 23 ans, se pose. Vivant chez ses parents, la cohabitation en famille devient pour lui pesante.

Désireux de trouver dans l'expérience un éclairage à ces interrogations, son référent lui présente l'appartement d'évaluation. Après une période réflexive autour des implications d'une vie dans un logement autonome ainsi qu'une première visite, Alexis adhérera à la démarche.

Il s'agit d'un outil permettant de rendre lisible les besoins en termes d'apprentissage et de compensation des personnes en situation de handicap psychique dans un contexte de logement autonome. À cet effet, Espoir 54 est propriétaire d'un appartement T1 financé par le Conseil général et la Fondation de France.

Il s'agit d'un dispositif d'accompagnement et non d'un moyen d'hébergement d'urgence. Cela suppose, par conséquent, que

1. À ce jour, ils sont encore très peu nombreux. En langue française, on peut citer le Michael Game et ToMRemed, le programme développé par l'équipe de Versailles et pour lequel des formations sont à présent organisées.

2. WEXLER B. E., BELL M. D. (2005), "Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 31 (4), p. 931-941.

---

la personne dispose préalablement d'un domicile (famille, foyer...) et qu'elle soit stabilisée par un traitement.

Le séjour en appartement est expérimental et d'une durée variable qui peut aller de 24 heures à 3 mois. Ce temps est négocié entre l'usager et son référent en fonction des objectifs d'évaluations. Alexis passera six semaines dans le logement.

Les objectifs du séjour font l'objet d'un projet contractualisé. Ils peuvent être de plusieurs ordres : expérimenter la solitude, évaluer les compétences à faire les courses, le ménage, se préparer des repas, gérer son hygiène, avoir un rythme de vie...

Par ailleurs, il s'agit d'une simulation qui se veut la plus proche possible de la réalité.

Par conséquent, un examen des possibilités financières de la personne, une première visite, la signature d'un contrat de bail, un état des lieux d'entrée et de sortie ponctuent cette expérience de la vie en autonomie.

À l'exclusion des courses alimentaires, le séjour ne requiert aucun engagement financier.

L'expérience d'Alexis s'initie par un séjour d'une semaine. De courte durée, celui-ci a pour objectif de lui permettre d'appréhender progressivement la solitude. Au cours du séjour, l'usager reçoit des visites régulières de son référent. Ce dernier a pour missions de soutenir, accompagner et identifier, en situation réelle, les besoins de la personne.

Au terme du séjour, Alexis révèle avoir pris conscience des bénéfices que la vie dans un logement indépendant pouvait lui procurer ainsi que des responsabilités qui en découlent.

Sur ce premier constat, un second séjour de deux semaines lui a été proposé quelques mois plus tard. Celui-ci avait pour objectif l'évaluation des compétences relatives à la vie quotidienne.

Il s'avère à l'issue de ce séjour qu'Alexis parvient à gérer le maintien des relations sociales, son hygiène corporelle et l'observance de son traitement sont respectées. Cet usager formule cependant des besoins en termes d'apprentissages dans le domaine de l'entretien du logement, des repas et des courses.

Au regard des compétences observées, des modules peuvent être proposés. La participation à ces séances d'apprentissages a été contractualisée avec Alexis. Il a donc suivi un module ménage ainsi qu'un module alimentation. La fluctuation des troubles n'ont pas favorisé une assiduité à l'ensemble des rencontres. Par ailleurs, de retour chez ses parents, le contexte a rendu difficile la mise en pratique des acquis.

Plusieurs séjours peuvent s'avérer nécessaires afin de valider ou non, après ces temps pédagogiques, l'effectivité des compétences. S'il subsiste des freins, un projet de mise en place de

Prestation de Compensation du Handicap (PCH) pourra être envisagé ou encore un projet de logement plus sécurisant. Afin de valider l'effectivité des compétences, un dernier séjour de trois semaines a par conséquent été organisé.

Un bilan réalisé en fin de séjour permettra de négocier avec la personne les modalités de son projet personnalisé de logement adapté.

Cet espace transitionnel s'inscrit dans une temporalité nécessaire à la personne pour prendre conscience de ses compétences et de ses difficultés à vivre dans un logement autonome, pour cheminer vers l'acceptation et l'adhésion à d'autres propositions (PCH, pensions de famille...).

## Conclusion et perspectives

L'« appartement d'évaluation » est un moyen au service de l'usager pour tester, sans la crainte de l'échec, la vie dans un logement autonome.

Forte de cette expérience, la personne pourra réfléchir plus concrètement à un projet logement réaliste et réalisable.

Depuis janvier 2006, 27 passages dans les appartements ont été recensés. 17 personnes ont pu bénéficier de ce dispositif. La durée moyenne de séjour est de 30 jours.

Sur la totalité des personnes accueillies, huit personnes vivent aujourd'hui en logement autonome, deux personnes ont maintenant intégré un hébergement à caractère social, six vivent actuellement au domicile parental, une personne est actuellement en cours d'évaluation.

Près de 70 % des personnes ayant disposé de ce dispositif bénéficient d'une prestation de compensation du handicap en termes d'aide humaine.

La situation de handicap psychique étant de nature évolutive, l'évaluation des besoins de la personne doit s'inscrire dans une perspective dynamique.

L'appartement d'évaluation semble constituer un outil complémentaire aux dispositifs d'accompagnement existants.

Un renforcement du partenariat avec le réseau sanitaire, social et médico-social, acteurs de l'insertion par le logement est visé dans une perspective de cohérence des parcours des usagers.

**Cécile Dedenon**

**Alexis**

**Florence Defrain**

---

## Les programmes d'insertion proposés par le SAVS du GRIM

Malgré la loi Dalo sur le droit au logement, malgré la loi du 11 février 2005 et son principe du droit à compensation des conséquences du handicap, les personnes handicapées psychiques peinent à obtenir les mesures appropriées à la réalisation de leurs projets de vie. Or, le système de compensation de ce type de handicap passe par des structures d'hébergement diversifiées et accompagnées d'une aide humaine adaptée aux différents troubles inhérents à la maladie. C'est à cette seule condition de traiter à la fois le plan médical, social, psychologique et moral que le concept de compensation donne tout son sens à la loi 2005-102 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

À partir de ces constats, l'association GRIM a construit les trois programmes décrits dans cet article qui proposent une alternative à l'hospitalisation et favorisent l'inclusion sociale en articulant hébergement stable, accompagnement adapté et coopération opérationnelle avec les services de psychiatrie.

**Le service d'accompagnement renforcé et d'insertion par le logement** accueille 39 personnes dans des logements en diffus dans un rayon de trois kilomètres autour d'un lieu d'accueil et d'animation avec l'objectif de faciliter la transition entre l'hôpital, la famille ou un CHRS, et le logement en milieu ordinaire.

Les résidents évoluent en fonction de leurs difficultés, d'une vie en petits collectifs à un hébergement individuel jusqu'à un logement personnel. Les professionnels accompagnent chacune de ces trois phases pour que l'évolution soit vécue dans la continuité du projet de vie.

Accéder à un espace privé fait appel à des compétences, mais aussi à une organisation psychique suffisamment contenante pour se passer de l'aide quasi permanente apportée par l'hôpital ou le foyer. Les actions de soutien à la vie quotidienne, les activités d'animation, la présence d'un lieu de proximité, apportent un étayage pour maintenir les rythmes de vie, supporter la solitude, le silence, la permanence et l'immobilité mais aussi pour canaliser des pensées qui peuvent, dans certaines circonstances, glisser jusqu'au délire ou aux hallucinations.

Le projet d'accompagnement est donc élaboré en portant une attention particulière à l'équilibre physique et psychique et en associant l'usager, les services de psychiatrie, les partenaires sociaux et la famille. Il s'appuie sur le projet de vie, sur une

évaluation des besoins et des attentes de la personne, sur une alliance dans sa mise en œuvre et une garantie que les services d'accompagnement et de soins interviendront en cas de mise en danger pour soi ou pour autrui.

Pour être opérationnelle, cette garantie s'appuie sur une convention qui engage les trois hôpitaux psychiatriques de Lyon et l'association Grim et se déclinera en Contrats d'Accompagnement et de Soins qui seront signés par l'usager, le service de soin et le service logement dans l'objectif de prévenir ou gérer les situations de crises, d'ajuster le positionnement éducatif, d'accompagner vers une consultation ou même de demander une hospitalisation.

**Le dispositif des « Studios de l'Arbresle »** est un lieu transitoire de thérapie et d'évaluation de la capacité des bénéficiaires à gagner en autonomie sanitaire et sociale.

La sous-location des studios est issue d'une convention de gestion avec une association locale qui met à disposition le bâti.

L'aspect soignant est prépondérant et le contrat d'accompagnement et de soins, mené par l'équipe du CHS de Saint-Cyr (69), conditionne l'admission dans un des six studios. Ce contrat n'organise pas seulement la continuité des soins, il définit aussi les actions éducatives et permet l'évaluation du projet individuel d'accompagnement qui a lieu tous les six mois.

Le volet social est conduit par le SAVS du Grim à partir du projet individualisé et du contrat de séjour afin de réguler la vie au sein du dispositif. L'insertion professionnelle, assurée par Messidor, porte sur l'évaluation du projet professionnel et l'intégration dans les structures de travail de cette association.

Le dispositif est donc entièrement pensé sur une articulation partenariale permanente et une concertation opérationnelle dans laquelle les résidents sont les premiers et principaux acteurs d'une prise en charge groupale avant l'accès à un logement personnel au terme d'un séjour prévu pour une année, renouvelable deux fois.

**Les maisons du GRIM** sont un programme de construction de trois foyers de vie de quinze chambres chacun qui permettra aux personnes qui requièrent un accompagnement durable de vivre d'une façon moins restrictive qu'à l'hôpital.

Cependant, vivre dans un lieu connu où la personne a acquis et construit des repères au fil des années ne donne pas l'assurance de la stabilisation. Le placement ne pourra tenir dans la durée que si chaque étape, de la préparation à la consolidation, est soutenue par des personnes ressources, les soignants.

---

La coordination avec le dispositif de soins démarre dès le choix de l'implantation géographique de chaque construction. La première maison, en cours de construction, ouvrira en 2012 à l'Arbresle.

Pour résumer, le résident pourra se poser, vivre en sécurité, se sentir chez lui, construire des projets personnels et collectifs et peut-être trouver matière à s'épanouir. Pour cela, ces lieux de vie sont implantés dans la cité et garantissent la continuité des soins.

Ce type d'hébergement est aussi ouvert à des personnes handicapées psychiques vieillissantes.

Le dispositif proposé par le GRIM n'est bien sûr ni parfait ni suffisant tant sont à la fois importants, divers et évolutifs les situations, les types de vulnérabilités et les manques de moyens des acteurs. Il a cependant l'intérêt de s'intéresser au logement non seulement comme un droit citoyen, mais aussi comme un outil d'accompagnement favorisant et complétant la prise en charge ambulatoire de la maladie.

**René Baptiste**

Président de l'association GRIM

[www.grim69.org](http://www.grim69.org)

---

## IV. Réhabilitation et Insertion professionnelle.

### Accompagner vers l'emploi... l'expérience bas-rhinoise du SIMOT.

Le Service d'insertion en milieu ordinaire de travail, (SIMOT) de l'association Route nouvelle Alsace a pour missions l'accompagnement vers et dans l'emploi en milieu ordinaire de travail, et la formation de personnes en situation de handicap psychique. Cinq antennes réparties dans le Bas-Rhin assurent un service de proximité. En vingt ans, 850 personnes ont été accompagnées dans leur parcours d'insertion professionnelle.

L'activité du SIMOT repose sur un dispositif expérimental, financé par l'État (ARS), qui permet d'accompagner 210 personnes orientées par la MDPH. L'accompagnement durable est particulièrement adapté à des personnes qui n'ont plus travaillé, souvent depuis très longtemps.

Pour faire face à une demande très importante et disposer d'un maximum d'outils, nous essayons d'exploiter toutes les possibilités en proposant des actions spécifiques à notre public en répondant à des appels d'offres (financements Région Alsace,

FSE, Agefiph ou Fondation de France). Ainsi, nous assurons des prestations spécifiques d'appui au handicap psychique financées par l'Agefiph pour 82 personnes, des formations adaptées de préparation à l'emploi, de préqualification et de qualification.

Notre objectif prioritaire est le bien-être des personnes. Le travail doit, avant tout, contribuer à l'amélioration de la qualité de vie. Le projet de service repose sur des principes simples, mais exigeants, que chaque salarié applique en permanence : assurer un accueil de qualité, proposer à chacun un accompagnement socioprofessionnel global et individualisé respectueux de ses choix et de son rythme, faire preuve de réactivité, s'appuyer sur un travail en partenariat et en réseau.

L'accompagnement est sans conteste l'outil de compensation du handicap psychique. Il est un élément essentiel de la réussite du parcours d'insertion. Cheminer et avancer ensemble impose une prise en compte réciproque, une reconnaissance mutuelle des acteurs.

Très souvent, au départ, les personnes ont une image très dégradée d'elles-mêmes, doutent fortement de leurs capacités et sont prisonnières de leur identité de malade psychiatrique. Cette identité devient celle de la personne, dans la famille, le cercle relationnel... Elle se prolonge dans le temps et prend un caractère définitif très stigmatisant.

Pour retrouver confiance, il est nécessaire de se voir autrement et pour cela d'être vu autrement. Les termes de patients, de malades sont prohibés. Nous accompagnons des personnes qui vont pouvoir être actrices de la construction et de la réalisation de leur projet... Ce n'est pas un simple jeu de vocabulaire : le regard que les professionnels portent sur les personnes a un effet singulier et très positif. La restauration de l'image de soi est le socle du travail d'insertion.

Par sa posture, le chargé d'insertion permet à chaque personne de prendre conscience de ses connaissances, de ses compétences, de sa valeur et la conduit à oser exprimer ses intérêts, ses envies et à se projeter. Lors d'une interview, une personne accompagnée déclarait : « La manière dont on nous considère au SIMOT permet d'être acteur de son parcours d'insertion et de ne pas le vivre en contrainte. Cette démarche qui permet d'être responsabilisé est très importante. Les choses se font ensemble. Cela m'a permis de comprendre et de vivre le fait que s'en sortir est aussi de mon fait. Je me sens acteur et pas patient ».

Les difficultés prennent des formes très variables (cognitives, relationnelles...) et sont plus ou moins invalidantes. Elles ne sont ni niées ni ignorées. Le chargé d'insertion, par son soutien, ses conseils et ses interventions, va aider la personne à les

identifier et à trouver les solutions pour dépasser ou éviter les obstacles. « La gestion du handicap en milieu de travail » devient une simple question de stratégie à construire, à appliquer et s'en trouve dédramatisée.

Nous avons construit notre méthode de travail au fil de l'expérience avec toujours le souci de ne pas mettre en danger les personnes que nous accompagnons. C'est à partir de nos tâtonnements que, petit à petit, nous avons pu isoler les facteurs de réussite. Bien sûr, il n'y a pas que des succès. Les parcours ne sont pas linéaires. Il faut du temps avant d'aboutir à une situation d'emploi stable et durable. Les incidents sont fréquents, mais ne sont pas considérés comme des échecs : ce sont des éléments du parcours. Chaque rupture est analysée pour tirer les enseignements pour la suite.

La fréquentation du service, l'assiduité, la détermination des personnes accompagnées et les bons résultats en termes de retour à l'emploi sont des éléments qui nous encouragent à poursuivre notre réflexion et notre action.

**Jean-Luc Picard,**  
directeur du SIMOT, Route Nouvelle Alsace

## **GALAXIE : un réseau national pour favoriser l'insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap psychique.**

### **Des exemples d'intervention**

L'une des richesses du réseau GALAXIE est de regrouper des professionnels qui interrogent leurs pratiques de façon continue, avec pour objectif de toujours mieux adapter leurs actions à l'évolution des besoins de leurs usagers, en regard des contingences institutionnelles, politiques et financières dont ils relèvent. Les structures membres de Galaxie portent des actions très variées qui doivent s'inscrire dans un schéma organisationnel propre à leurs territoires.

Ainsi, le **SAVS 68 (Ass. Marguerite Sinclair)**, aide les personnes à se resituer par rapport à l'emploi. Au-delà, son action permet une veille et une mise en relation avec l'entreprise et le soin, en vue de consolider les situations. Les usagers peuvent donc bénéficier de la présence d'une personne à des moments-clés de leur parcours d'insertion professionnelle. **Espoir 79 (UDAF 79)** est un service qui se situe au cœur d'un réseau d'acteurs de l'insertion professionnelle et de la psychiatrie. Cinquante personnes par an sont prises en charge. En trois années d'activité, environ 50 % des personnes accompagnées ont réussi à construire un projet professionnel (entrée en formation qualifiante ou signature d'un contrat de travail d'une

## **Galaxie : son origine, ses objectifs, ses domaines d'intervention.**

À la fin des années 1990, des responsables de structures développant des actions spécifiquement dédiées aux personnes en situation de handicap psychique créent un collectif de travail et de réflexions partagées. Ainsi naît, en 2004, le Réseau Galaxie, structuré en association loi 1901. Aujourd'hui, Galaxie regroupe une trentaine d'adhérents au niveau national et se propose, dans une logique de réseau, d'être un espace de recherche, de développement et d'expérimentation visant à promouvoir, renforcer et améliorer les pratiques spécifiques d'évaluation et d'accompagnement socioprofessionnel des personnes en situation de handicap psychique.

Ainsi, Galaxie s'est fixé plusieurs objectifs, inscrits dans le cadre de principes éthiques, qui reposent sur quatre axes d'intervention : recherche, étude et expérimentation ; formation et appui technique ; mutualisation des pratiques au sein du réseau ; communication et sensibilisation.

durée de six mois ou plus). **Le dispositif Sybil porté par l'Aleph (Association pour l'emploi des personnes handicapées, département 30)** a pour objectif de favoriser l'accès, le maintien dans l'emploi d'usagers titulaires d'une RQTH<sup>1</sup>. Grâce à ses équipes qui savent comment gérer les manifestations du handicap psychique, ces paramètres sont intégrés dans le parcours, facilitant l'obtention de résultats positifs pour les bénéficiaires. **An Treiz (dpt 29)** considère qu'il n'y a pas de réussite professionnelle durable sans accompagnement social. En réponse, la structure a souhaité créer un **SAMSAH** qui permet à ses bénéficiaires de définir un projet de vie englobant les champs du médical, du social et du professionnel. Ici, il s'agit de rendre possible l'insertion sociale et professionnelle par la mise en œuvre d'un accompagnement spécifique, global, durable et cohérent impliquant tous les acteurs concernés. Le SAMSAH est donc le point d'articulation de ces différents champs pour permettre la facilitation du parcours des usagers. **Le CRP Richebois (Marseille)** a pu constater les nombreux échecs et abandons de parcours de formations des personnes souffrant de handicap psychique. Il a donc mis en œuvre le dispositif Arrive. Sur une durée variable de trois à onze mois, les personnes peuvent travailler les fondamentaux, suivre des acti-

1. RQTH : Reconnaissance de qualification de travailleur handicapé.

vités de redynamisation et des apprentissages qualifiants nécessaires à l'employabilité. À la sortie des stagiaires, les équipes intensifient les contacts avec le réseau d'accompagnement pour favoriser la poursuite du suivi. **Le CRP St Amant Tallende (Ass CAPP, dpt 63)** a été créé pour « faciliter la recherche et la mise en place de tout moyen permettant la formation, l'insertion ou la réinsertion d'adultes inadaptés sociaux présentant essentiellement des troubles du comportement ». Il accueille et accompagne environ 225 personnes par an, adultes reconnus TH qui viennent de tout l'hexagone. La structure porte également une action de formation continue et d'évaluation de compétences en direction des travailleurs handicapés d'ESAT et d'Entreprise Adaptée (15 structures dans 6 départements). Au cœur de la question du travail, cette structure élabore son action à partir d'« un maillage de terrain », nécessaire pour apporter « une réponse adaptée à chaque personne ». **L'Espace Ressources (Ass. Icare la Bergerie, dpt 21)** est un lieu d'accueil et d'écoute pour les usagers et les professionnels. Ce service mène un travail d'accompagnement vers l'emploi de personnes souffrant de handicap psychique et apporte un appui technique régulier auprès des travailleurs sociaux et des entreprises. Dans la pratique, il cherche à favoriser le lien entre les différents professionnels intervenants auprès de la personne. Et son action lui permet de constater régulièrement que l'accompagnement à l'insertion professionnelle peut souvent être un réel levier pour un accès, ou un retour, dans un parcours de soin.

Ces quelques exemples, bien que très différents, ont néanmoins plusieurs points communs<sup>1</sup> : des modalités d'accompagnement spécifiques qui font leurs preuves tant par leurs résultats positifs que par la reconnaissance des professionnels partenaires ; des accompagnements vers et dans l'emploi (ordinaire ou en ESAT) en lien notamment avec le soin ; des pratiques reposant avant tout sur des moyens humains.

### ESEHP et CReHPsy

Riche des expériences de ses membres, Galaxie peut ainsi conduire différents travaux relatifs aux problématiques d'évaluation et d'accompagnement des personnes confrontées au handicap psychique. Ainsi, nous avons pu, avec le soutien de la CNSA et en partenariat avec les MDPH de six départements,

1. Cette liste ne reflète qu'une infime partie de l'ensemble des actions de ces structures et de celles portées par d'autres membres de Galaxie.

2. Article revue *Pluriels* n°81, avril 2010, « Présentation de l'expérimentation d'équipes spécialisées pour l'évaluation du handicap psychique (ESEHP) réalisée dans six départements » par Yann Boulon, directeur Recherches et Formation, membre du réseau Galaxie.

expérimenter le concept d'ESEHP (Équipes spécialisées pour l'évaluation du handicap psychique)<sup>2</sup>. Un grand nombre de professionnels et d'acteurs institutionnels reconnaissent la plus-value que peuvent apporter ces équipes. Mais jusqu'à présent, l'activité des ESEHP en tant que telle n'a pas pu être pérennisée faute de cadres et de moyens financiers reconductibles.

Comme une « suite logique », nous menons depuis mars 2011 une étude sur le concept de CReHPsy (Centre ressources handicap psychique) avec le soutien de la CNSA<sup>1</sup>. En réflexion au sein de Galaxie depuis plusieurs années, le CReHPsy pourrait apporter une réponse opérationnelle, pluridisciplinaire et coordonnée pour une prise en charge globale des bénéficiaires. Il existe des expériences considérées comme étant des préfigurations de ce que pourrait être un CReHPsy. Nous allons donc les évaluer sur une durée de deux ans. Nous pourrions alors rendre compte de leur efficacité sur l'intégration des personnes handicapées psychiques et de leur capacité à mobiliser et coordonner des acteurs et des actions partenariales. Dans un second temps, l'étude devra permettre de proposer les conditions et moyens nécessaires au développement et à la pérennisation de ces sites futurs sur le territoire national. Galaxie souhaite que ce projet permette de dessiner les champs des possibles en matière d'insertion socioprofessionnelle des personnes souffrant de handicap psychique. En fédérant l'ensemble des acteurs concernés, les CReHPsy seraient alors l'une des réponses concrètes à la loi de 2005.

**Évelyne Cercley,**  
chargée de mission et de développement - Galaxie  
contact@reseau-galaxie.fr | www.reseau-galaxie.fr

### L'émergence d'une nouvelle forme d'entraide : présentation du premier *clubhouse* français.

Le premier *clubhouse* français ouvre ses portes au mois de novembre 2011 dans un local de 160 m<sup>2</sup> situé au rez-de-chaussée du 80, quai de Jemmapes à Paris (10<sup>e</sup>).

Qu'est-ce qu'un *clubhouse* ? C'est un lieu créé pour et avec des personnes fragilisées par les effets de troubles psychiques dans le but de faciliter leur socialisation et leur réinsertion professionnelle. Le *clubhouse* du quai de Jemmapes peut accueillir jusqu'à cinquante personnes adultes. On les appelle *membres du clubhouse* pour souligner l'appartenance à un groupe et la contribution de chacun à l'activité générale. L'originalité de cette formule tient à une gestion intrinsèquement participative qui promeut une entraide fondée sur l'accompagnement et le partage. Dans l'esprit de ses promoteurs, c'est le chaînon man-

1. Le soutien de la CNSA concerne les dix-huit premiers mois d'étude.

---

quant entre le suivi médical et une vie autonome, le travail étant un moyen. La finalité est que les membres puissent développer et utiliser leurs capacités pour vivre, apprendre et travailler dans la société avec le plus de satisfaction possible.

Ce modèle institutionnel est fondé sur la conviction que le potentiel de chacun peut se développer dans un environnement non médicalisé par le biais du travail en groupe. En bref, les relations entre pairs et l'activité en commun sont considérées à la fois comme un besoin et comme une force d'intégration. Cette conception a suscité, en avril 2010, la création de Cap'cités, une association d'intérêt général destinée à diffuser ce modèle en France.

Les clubhouses sont conçus d'après l'expérience de *Fountain House* créé en 1948 à New York. *Fountain House* est un club géré conjointement par des personnes ayant des troubles psychiques et des salariés. Depuis cette date, le modèle a été très souvent dupliqué, si bien qu'en 1994 a été ressentie la nécessité de coordonner les initiatives prises dans le monde en fonction de cet exemple. C'est ainsi qu'est né l'« *International Center for Club house Development* » (ICCD), organisme d'accréditation chargé de fixer les normes de fonctionnement et d'en vérifier le respect. Actuellement, plus de 300 clubhouses existent dans le monde. Ils s'adressent aux personnes fragilisées par les effets de troubles psychiques, qu'elles bénéficient ou non du statut administratif de personne handicapée.

L'originalité d'un clubhouse est triple :

- **Organiser la mixité de la gestion par les membres et les salariés**

Le clubhouse est organisé en unités de travail gérées à la fois par les membres et par les salariés étant entendu que le nombre de ces derniers est volontairement maintenu en sous-effectif de façon à ce que chaque membre dispose d'une tâche à effectuer pour que, se sentant utile, il retrouve de l'énergie : accueil, secrétariat, comptabilité, entretien des locaux, restauration, etc. Les activités sont suffisamment variées pour que chacun ait envie de s'investir dans une tâche qui lui plaît, étant entendu que les permanents salariés ont pour objectif de motiver chaque membre et lui redonner envie de participer à un travail collectif. C'est pourquoi le personnel salarié du clubhouse doit posséder des compétences très générales lui permettant de participer à toutes les activités proposées. Il est occupé à temps plein non pas en tant qu'éducateur, mais plutôt en tant que meneur de jeu capable de révéler les compétences des membres qui, en général, ont perdu confiance en eux.

Comme le travail est au centre du modèle proposé, l'activité quotidienne d'un clubhouse s'appelle « journée de travail » et elle s'organise comme celle des entreprises environnantes. En

général, elle dure huit heures du lundi au vendredi. Le travail bénéficie exclusivement au clubhouse lui-même. En aucun cas il ne peut servir à rechercher des fonds supplémentaires dans le cadre de contrats avec des entreprises extérieures. De même, les membres ne reçoivent aucune rémunération pour leur activité à l'intérieur du clubhouse.

- **Offrir en un lieu unique les services d'accompagnement indispensables**

Les services offerts sont structurés et organisés de la même façon, c'est-à-dire conjointement par les salariés et les membres du clubhouse. Ces services sont gratuits pour les membres. Ils comprennent :

- la gestion des emplois de transition (qui sont présentés plus loin) ;
- l'aide à l'acquisition et à la conservation d'un logement abordable et digne grâce à des partenariats avec des entreprises spécialisées ;
- des programmes d'éducation à l'intérieur du clubhouse en se fondant sur les capacités des membres et du personnel, des partenariats externes avec des entreprises de formation pour les membres qui en ont l'envie et le goût ;
- l'entretien de contacts avec les membres qui, pour une raison ou une autre, ne participent plus aux activités régulières du clubhouse. Il s'agit là d'une valeur centrale du modèle qui est bâti sur la communauté des pairs. C'est pourquoi, qu'ils soient hospitalisés ou au contraire qu'ils aient opté pour un emploi indépendant, un lien est maintenu par le biais du téléphone ou par tout autre moyen ;
- des programmes de loisirs organisés en commun par le personnel salarié et les membres en dehors de la journée de travail ;
- une aide pour l'obtention des aides publiques, quelle qu'en soit la nature, etc.

- **Promouvoir l'insertion professionnelle grâce aux emplois de transition.**

Quand ils sont prêts et s'ils le souhaitent, les membres se voient proposer un emploi de transition. Un emploi de transition résulte d'un contrat de partenariat avec une entreprise ou une administration. C'est un emploi peu qualifié, mais véritable et rémunéré au tarif normal. Il est occupé à temps plein ou partiel pour une durée de trois mois à un an au maximum. Un cadre salarié du clubhouse dispose d'un accès au lieu de travail afin d'accompagner l'entreprise dans son embauche tout en soutenant le membre qui débute. La continuité du service est garantie par le clubhouse.

Les résultats des clubhouses déjà ouverts dans le monde, attestés par des études scientifiques, ont motivé l'initiative parisienne car la solitude, les difficultés familiales,

interpersonnelles, professionnelles et/ou économiques ainsi que la stigmatisation sont malheureusement les conséquences fréquentes de ces troubles. Or, ces personnes aspirent à une vie autonome, indépendante et épanouie, mais elles n'y parviennent pas toujours malgré leurs qualités et leurs compétences. Ces travaux de recherche montrent que l'approche non thérapeutique et non médicalisée a des effets thérapeutiques positifs : les membres d'un *clubhouse* sont plus nombreux que les autres à trouver un emploi, ils occupent leur poste plus longtemps et ils bénéficient de salaires plus élevés, c'est-à-dire qu'ils retrouvent confiance en eux. De plus, le taux d'hospitalisation des malades est réduit d'un tiers, c'est dire que des économies considérables sont donc faites. Enfin, un nombre significatif de membres déclarent qu'ils se sont fait des amis sur lesquels ils peuvent compter et qu'ils s'intègrent socialement. Conformément aux recommandations de l'ICCD, le *clubhouse* de Paris mettra en place des procédures d'évaluation de son organisation et de ses activités.

**Nicole de Montricher,**  
administratrice Club House, bénévole Unafam, Paris

## V. Le rôle de la coordination territoriale.

### Projet de structuration des soins de réhabilitation-réinsertion psychosociale en Rhône-Alpes.

Dans le cadre du SROS 3, un des axes prioritaires du volet de psychiatrie proposait de mettre l'accent sur le développement des soins de réhabilitation-réinsertion psychosociale (RPS) sur tout le territoire régional.

Une enquête d'évaluation des actions du SROS a montré que de nombreuses équipes se sont déjà organisées afin de répondre à cette recommandation.

Il semble cependant que certains patients, notamment des schizophrènes entrant dans la maladie ou des personnes psychotiques dans une évolution au long cours invalidante, n'ont pas accès à ces soins.

Les représentants des familles et des usagers, des présidents de CME d'établissements psychiatriques, font part de ces difficultés ainsi que d'un besoin non satisfait en termes d'accès des personnels soignants aux formations et techniques requises.

Par ailleurs, de nombreuses institutions médico-sociales font part de l'état d'inadaptation sociale et cognitive des résidents

porteurs de handicap psychique qu'elles accueillent, faute pour eux d'avoir pu bénéficier des soins adaptés préalablement à la sortie de leur hospitalisation<sup>1</sup>. Enfin, la réussite du retour et du maintien à domicile ou dans un cadre social étayé se trouvent confortés dès lors que ces personnes et/ou leur entourage ont pu bénéficier de cette technicité en amont et peuvent continuer à y prétendre en aval.

La structuration de ces soins revêt donc une importance prioritaire dans le cadre des compétences élargies des ARS : elle s'inscrit directement dans l'objectif de réductions des inégalités du PRS et constituera un axe prioritaire du volet psychiatrie et santé mentale du futur SROS-PRS, volet partagé entre les champs concernés, sanitaire institutionnel, médecine de ville, médico-social, et de la prévention à l'insertion.

Mais rien ne sert d'affirmer des principes si ceux-ci ne sont pas mis en application.

L'ARH puis l'ARS de Rhône-Alpes se sont emparées de ce sujet dans le cadre d'une réflexion transversale<sup>2</sup> associant étroitement les professionnels, universitaires, médecins psychiatres, soignants et équipes médicosociales, représentants des usagers et des familles.

Il faut dire qu'en Rhône-Alpes, le terreau de la RPS est particulièrement fertile et enraciné dans la recherche médicale et paramédicale. Mais il a fallu dénouer les non-dits, mettre l'ensemble des acteurs universitaires autour de la table pour se mettre d'accord sur un langage commun articulant la recherche en neurosciences, mais aussi les thérapies de type comportementaliste et les apports de psycho-dynamique.

La principale difficulté n'était pas de rechercher et de stimuler des acteurs déjà fort engagés, mais bien de trouver des équilibres entre les propositions existantes, entre les techniques développées, entre médical et paramédical, entre recherche clinique et/ou fondamentale, éducation thérapeutique et pratiques de secteurs, entre champs concernés, entre réponse institutionnelle et réponse sociale.

Il fallait donc fédérer, viser le « et » plutôt que laisser le « ou » réduire l'aire des possibles.

Nous avons donc choisi de rechercher le consensus, tout en laissant chacun dans l'intégrité de son positionnement et de son rôle.

1. Ceci a été particulièrement souligné par les acteurs du social et du médico-social lors de la présentation par l'ARH des résultats de l'enquête sur l'inadéquation de certaines hospitalisations en psychiatrie dans le projet personnalisé de certaines personnes.

2. Réflexion animée en interdirection : direction de l'efficacité de l'offre de soins et direction du « handicap - grand âge ».

Plusieurs valeurs simples ont accompagné la construction de la réflexion.

La RPS s'inscrit dans la lutte contre la perte de l'autonomie et contribue au respect des droits citoyens de chacun.

Le point d'entrée est « la personne » afin de répondre à ses besoins : lui permettre d'avoir accès aux soins précoces pour éviter la perte des capacités cognitives et relationnelles, et tout au long de son parcours, en renforcer la fluidité.

C'est aussi le point de transition entre « le fermé et l'ouvert » et la projection d'un retour de la personne vers le milieu ordinaire et la réappropriation de l'exercice de sa citoyenneté.

C'est donc une voie qui permet de donner une image positive de la psychiatrie, autant pour ses patients que ses professionnels, pour démontrer l'utilité incontestable de la discipline dans une société qui doute de plus en plus, qui craint de plus en plus ce qui ne relève pas de la norme et aurait tendance à le vouloir caché, voire exclu.

De cette réflexion, une proposition de structuration de la RPS a émergé sur la base de quatre niveaux :

- une unité de coordination régionale ;
- trois centres référents ;
- les institutions sanitaires et médico-sociales ;
- un réseau régional.

Les soins de réhabilitation seront déployés largement au niveau régional grâce au Réseau régional de RPS avec l'appui d'une structure de coordination régionale, indépendante des établissements de santé, où les représentants du médico-social, de l'université, de la politique de la ville des usagers et de leur famille auront toute leur place. Cette unité n'aura pas vocation à assurer des soins, mais à garantir la mise à disposition de chacun des évolutions scientifiques, quelles que soient les techniques utilisées, à proposer des protocoles de prise en charge, à les évaluer, à développer la recherche épidémiologique, l'expertise par le déploiement de formations adaptées aux acteurs de terrain, à communiquer largement auprès des professionnels, mais également du grand public.

Le réseau régional s'articule autour de trois centres référents, à Lyon, Grenoble et Saint-Étienne dont le rôle sera de servir de réservoir de ressources, de coordonner les activités de réhabilitation développées par les structures de soins régionales et de susciter la mise en place de ces techniques, notamment par la formation des équipes soignantes publiques et privées effectuant les soins auprès de la population au quotidien. Ils ont un rôle de recours. Il est à noter que ces trois centres, adossés à des universités et des établissements de santé, proposent des techniques de soins différentes. C'est ici que le « et » s'exprime

le mieux : pas d'exclusive ou de primauté, mais bien tout ce qui est possible aujourd'hui.

Le troisième niveau sera constitué par les institutions, quel que soit leur champ d'appartenance. Il leur sera demandé de trouver ou d'encourager des équipes à se spécialiser dans le champ de la RPS, dans un cadre territorial de proximité selon une conception intersectorielle, voire inter établissements.

Enfin, l'ultime niveau, ou plutôt le premier (c'est selon), est bien sûr le réseau au plus proche des patients, de leur famille et des acteurs de première ligne qui les accompagnent.

Une relation d'interactivité doit permettre au réseau et à l'unité de coordination régionale de répondre au mieux aux besoins de formation et aux évolutions de connaissance.

Nous avons la chance en Rhône-Alpes de disposer déjà de réseaux départementaux engagés dans cette dynamique. Ils seront un appui précieux pour que le concept actif et fédérateur de la RPS puisse se déployer.

L'objectif est finalement que, quel que nous soyons, quel que soit notre rôle, nous nous mettions en mouvement pour que les besoins de la personne, malade et/ou handicapée psychique trouvent réponse, pour qu'elle puisse trouver sa place parmi nous.

**Corinne Martinez,**

chargée de mission psychiatrie et santé mentale,  
ARS Rhône-Alpes

**Les 7 et 8 juin  
se sont tenues à Lyon**

**les 7<sup>e</sup> rencontres  
du Réh@b**

**organisées par le Comité français  
pour la Réhabilitation psychosociale,  
sous le titre**

**« Des outils et des Hommes »**

Ces journées ont illustré, par la présentation de multiples expériences, témoignages et débats, la dynamique que nous avons soulignée dans ces deux numéros successifs de *Pluriels*.

Nous vous invitons à prendre connaissance du Book - et ultérieurement des actes de ce congrès - sur le site : [www.rehabilite.fr](http://www.rehabilite.fr).

## La MNASM propose une session de formation continue

### Informer / former aux enjeux actuels de la psychiatrie et de la santé mentale

les 17, 18 et 19 octobre 2012

au Centre de formation de l'Association de Santé Mentale du 13<sup>e</sup>

11, rue Albert Bayet, 75013 Paris

Formation ouverte aux professionnels des ARS  
et des établissements sanitaires et médico-sociaux

**Programme complet et inscription  
sur [www.mnasm.com](http://www.mnasm.com)**

#### Mercredi 17 octobre 2012

##### Matin

Accueil des participants, présentation du programme.

L'état des pratiques en psychiatrie générale.

L'état des pratiques en psychiatrie infanto-juvénile.

##### Après-midi

Territorialité et santé mentale.

La tarification à l'activité en psychiatrie.

#### Jeudi 18 octobre 2012

##### Matin

La place du médico-social dans la prise en charge des maladies mentales.

Présentation du guide de la MNASM pour la mobilisation du projet de  
vie des personnes hospitalisées en psychiatrie.

##### Après-midi

Prise en charge des exclus en santé mentale.

Les unités de psycho gériatrie : comment être utile aux malades, aux  
familles et aux réseaux ?

Présentation de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.

#### Vendredi 19 octobre 2012

##### Matin

Projets de service et projet architectural : comment concilier sécurité  
et accessibilité en psychiatrie.

##### Après-midi

Difficultés d'accès aux soins et mode d'intervention en psychiatrie.

# PLURIELS

La lettre  
de la

Mission Nationale d'Appui  
à la Santé Mentale

**Directeur de la publication :**

Catherine Isserlis

**Rédacteur en chef :**

Sabine Rivet

**Ont participé à ce numéro :**

Alexis, René Baptiste, Martine Barrès,  
Évelyne Cercley, Cécile Dedenon,  
Florence Defrain, Élisabeth Giraud Baro,  
Corinne Martinez,

Nicole de Montricher, Christine Passerieux,  
Carole Peintre, Jean-Luc Picard,  
Céline Roussel.

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,  
75013 Paris

Téléphone 01.53.94.56.90

Télécopie 01.53.94.56.99

E-mail : [mission@mnasm.com](mailto:mission@mnasm.com)

## Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver  
tous les numéros de Pluriels  
sur le site :

[www.mnasm.com](http://www.mnasm.com)