



Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale

## Actes de la journée M.A.I.S. Yvelines du 3 décembre 2015

**« L'accompagnement des personnes  
souffrant de troubles psychiques,  
de lésions cérébrales »**

**Présentation, réflexion  
et nouvelles perspectives ...**

## Sommaire

• <b>Présentation de la journée</b> Catherine PISSARRO Directrice du SAVS La Rencontre – Le Chesnay Animatrice M.A.I.S. Yvelines .....	3
• <b>Introduction</b> Roger DROUET Président du M.A.I.S. ....	5
• <b>Quelle place pour les S.A.V.S. ?</b> Docteur Frédéric LEFRERE, Psychiatre R.P.S.M. 78 – Equipe de liaison handicap psychique .....	9
• <b>Les lésions cérébrales et les conséquences sur la vie de la personne</b> Nicole MARLIER, Orthophoniste Gaëlle LE BORNEC, Neuropsychologue Hôpital Raymond Poincaré Garches .....	16
• <b>Présentation du R.P.S.M. 78</b> Docteur Frédéric LEFRERE, Psychiatre R.P.S.M. 78 – Equipe de liaison handicap psychique .....	36
• <b>L'accompagnement social des patients dans l'acceptation du handicap : élaboration d'un projet de sortie d'hospitalisation</b> Lisa PAILLAU, Assistante sociale Hôpital Raymond Poincaré Garches .....	38
• <b>Présentation de la seule structure d'accueil et de socialisation de jour des Yvelines pour personnes cérébro-lésées</b> Emmanuel BARNEDES, Animateur G.E.M. Versailles .....	44
<i>Et pour illustrer les textes présentés au cours de cette journée, 3 vignettes cliniques : Les nouveaux publics accompagnés : Monsieur A. - Monsieur D. - Le colibri Ces vignettes ont été écrites par 3 accompagnateurs de S.A.V.S. des Yvelines.....</i>	
<b>Annexes</b> .....	51
• programme de la journée	
• plaquette du M.A.I.S.	

**Présentation de la journée**  
**Catherine PISSARRO,**  
**Directrice du S.A.V.S. La Rencontre-Le Chesnay**  
**Animatrice M.A.I.S. Yvelines**

Cette journée de formation et de réflexion a été initiée par les S.A.V.S. du département des Yvelines et préparée par un groupe de directeurs, chef de service et accompagnateurs. Elle a réuni près d'une centaine de professionnels de l'accompagnement social et médico-social.

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.) et Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (S.A.M.S.A.H.) du département des Yvelines se retrouvent régulièrement pour échanger sur leurs pratiques (pratiques professionnelles, politiques sociales, questions d'organisations, questions d'accompagnement, réflexion sur l'évolution des publics...) Ces rencontres se tiennent dans le cadre du Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale (M.A.I.S. [www.mais.asso.fr](http://www.mais.asso.fr))

A l'occasion de ces rencontres, la question de l'adéquation des moyens des services au regard de l'évolution des demandes et des besoins des personnes susceptibles d'y être accompagnées revient régulièrement dans les échanges et soulève un certain nombre de questions.

Les premiers Services d'accompagnement créés dans les années 70 ont été pensés pour accompagner des personnes souffrant de déficiences intellectuelles. La loi du 11 février 2005 redéfinit le handicap et retient la notion de handicap psychique pour les personnes limitées dans leur participation à la vie sociale du fait de leurs souffrances et de leurs troubles psychiques. Le décret de mars 2005 officialise les S.A.V.S. et crée les S.A.M.S.A.H.

Depuis maintenant 10 ans, ces services constatent une diversification des pathologies et des déficiences des personnes qu'ils accompagnent. Certains S.A.V.S. se sont spécialisés pour accueillir un public spécifique (Déficiência motrice ou sensorielle, personnes traumatisée crânienne...)

L'évolution des demandes et des besoins d'accompagnement a lieu dans un contexte marqué par les prémices de la désinstitutionalisation, le transfert de l'accompagnement social des malades psychiques du secteur psychiatrique vers le secteur médico-social ainsi qu'un réajustement des moyens financiers et humains consacrés au secteur par les Conseils Départementaux qui financent les S.A.V.S. et les S.A.M.S.A.H. (hors personnels soignants).

Le Conseil Départemental des Yvelines a pris en compte cette diversité et plus particulièrement, les besoins d'accompagnement des personnes présentant un handicap psychique et des lésions cérébrales dans l'appel à projet de mars 2015.

Depuis ces dix dernières années, les S.A.V.S. du département des Yvelines accompagnent de plus en plus, voire essentiellement, des personnes ayant des déficiences psychiques avec des pathologies plus ou moins stabilisées. Par ailleurs, nous observons une

augmentation des demandes d'accompagnement de personnes traumatisées crâniennes ou cérébro-lésées. Toutes ces personnes sont accompagnées dans le cadre de leur projet de vie en milieu ordinaire.

Face à ces nouveaux publics, et donc face à de nouveaux besoins, les S.A.V.S. sont amenés à se questionner sur les moyens humains et les compétences mobilisées pour mener à bien leurs missions.

Quelles sont les spécificités de ces publics (connaissance de la pathologie, de ses évolutions, des besoins) ? Quelles compétences professionnelles sont à développer ? Quelles pratiques d'accompagnement sont à privilégier ou à imaginer ? Quelles limites de l'accompagnement pour les S.A.V.S. avec ces nouveaux publics ? Quelles modalités d'articulations avec les partenaires ?

Cette journée de réflexion se propose de mettre en perspective ces questionnements.

Les deux groupes M.A.I.S. Yvelines :

L'activité M.A.I.S. du département permet aux professionnels des S.A.V.S. de se rencontrer régulièrement pour échanger. Il y a deux groupes, un qui rassemble essentiellement des accompagnateurs autour de leurs pratiques professionnelles. Le second groupe réunit les directeurs, chefs de service et autres personnels d'accompagnement pour échanger autour des politiques sociales et des relations avec le département (en particulier la M.D.P.H. et le Conseil Départemental des Yvelines) et sur la structuration et l'évolution des services.

Remerciements à :

Monsieur Richard RIVAUD, Maire de Fontenay-le-Fleury, qui nous accueille dans la salle Voltaire et Madame BENOIST, Adjointe au Maire, Déléguée aux Séniors, au Social, au CCAS et au Logement.

La Compagnie des Pirates qui a animé les intermèdes.

Les travailleurs de l'ESAT Atelier du Château à Rueil-Malmaison (92) qui ont préparé les plateaux repas.

Toutes les personnes qui sont intervenues et qui ont accepté de partager leurs connaissances et leurs pratiques.

Monsieur Philippe BRUN, médiateur de santé pair à l'Hôpital Charcot Plaisir, n'a pu venir. Le Docteur Frédéric LEFRERE a poursuivi son intervention par une présentation du R.P.S.M.78. Nous l'en remercions.

## Présentation du M.A.I.S. Roger DROUET, son président

Bonjour, je suis toujours ravi de venir aux réunions régionales !

Avant tout, quelques mots pour présenter M.A.I.S. (Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale). Pour ce qui concerne le fonctionnement, comme toute association, après l'Assemblée Générale annuelle, nous composons le Conseil d'Administration qui élit un Bureau... rien de bien extraordinaire ! Les réunions de ces instances sont l'occasion d'échanges, de réflexions, de points de vue relatifs en général à propos du travail social et en particulier de l'accompagnement social. Un mot concernant la composition des administrateurs et nos origines professionnelles. M.A.I.S. est avant tout un mouvement de professionnels du secteur médico-social regroupant des cadres et des travailleurs sociaux du terrain. Cette particularité est notoire et permet de diversifier les points de vue et de ne pas se contenter d'une pensée unique de l'accompagnement social. Je profite de ce passage à la tribune pour vous solliciter à nous rejoindre comme administrateurs ou comme animateurs région car c'est aussi un atout de pouvoir étayer nos réflexions sur ce qui se passe sur le terrain, en régions. Elles ne sont pas toutes représentées mais nous y travaillons et n'hésitez pas à nous interpellier et nous questionner si toutefois vous êtes intéressés pour militer à nos côtés.

Un autre moment fort de notre fonctionnement concerne une séance régulière de travail que nous appelons pompeusement « *recherche* ». Le but de cette commission est de préparer un ou des thèmes d'actualité pour en présenter aux réunions du C.A., une synthèse afin d'alimenter les échanges et confronter les expériences de chacun, en vue d'une présentation plus large voire une publication. A ce propos, nous avons produit un billet d'humeur paru dans le numéro 2914 des A.S.H. Nous vous en recommandons la lecture. Selon les thématiques, nous réfléchissons avec des collègues universitaires, chercheurs dans le domaine des sciences humaines.

N'hésitez pas à aller sur le site qui commence maintenant à prendre *corps*, nous y avons consacré le temps nécessaire pour qu'il soit plus accueillant et dynamique. Vous y retrouverez, entre autres, le programme et les dates des réunions en régions, les comptes rendus des rencontres et les textes et événements importants concernant M.A.I.S.

Donc venez visiter notre site [www.mais.asso.fr](http://www.mais.asso.fr).

## Introduction de la journée

### Roger DROUET, Président du M.A.I.S.

Qu'est-ce qui fait question aujourd'hui dans le champ de notre quotidien ??? La crainte de voir nos pratiques professionnelles assujetties à des injonctions administratives, technocratiques... à des préconisations modélisées, des orientations standardisées répondant à la règle du mieux disant/moins coûtant qui domine aujourd'hui dont on commence à en déceler les prémices dans le secteur médico-social !

Pour étayer mon propos, je l'aborderai par un thème cher à Edgar MORIN à savoir la complexité ... Selon lui, la complexité demande que l'on essaie de comprendre les relations entre le tout et les parties. Mais, la connaissance des parties ne suffit pas et la connaissance du tout en tant que tout ne suffit pas ; on est donc amené à faire un va-et-vient en boucle pour réunir la connaissance du tout et celle des parties. Ainsi, au principe de réduction, on substitue un principe qui conçoit la relation d'implication mutuelle tout-parties.

Transposer cette définition de la complexité à ce qui nous intéresse : la démarche clinique dans l'accompagnement social, il s'agit de situer cette fonction technique comme partie d'un tout constitué en complémentarité avec d'autres parties :

- l'acteur politique (celui qui décide, qui légifère),
- l'acteur administratif (celui qui paie... en l'occurrence pour une grande partie du secteur médico-social : le Conseil Général, les ARS...),
- l'acteur associatif (celui qui gère... les associations gestionnaires et employeurs),
- les intervenants sociaux... les acteurs de terrain, les équipes de professionnels,
- la personne accompagnée (celui qui bénéficie de l'action).

Chacune de ces parties dispose d'une légitimité, d'un niveau d'intervention, d'une logique, d'un niveau d'interprétation qui demande à être explicitée clairement.

Lorsque ces différentes strates travaillent en harmonie supposant une connaissance, un respect et une confiance réciproques, « *une relation d'implication mutuelle* » nous avons tout l'heur de constater une « ingénierie sociale » contribuant pleinement à l'expression du service public et de la solidarité.

Pour notre Mouvement, la démarche clinique s'adresse aux travailleurs sociaux, aux sociologues, aux médecins et praticiens qui "se posent la question du **sujet** (histoire personnelle, expérience vécue, création continue de soi...), ou plus exactement celle de la **subjectivité**, de sa place dans le champ social, de ses rapports complexes avec le fonctionnement social. La démarche clinique est une position fragile qui souligne **l'importance de la relation** et prend en compte l'implication de l'accompagnateur pour s'ajuster et connaître de l'intérieur ".

Cette implication professionnelle:

- ✓ s'inscrit dans le cadre des orientations générales des politiques sociales, la législation en vigueur (textes, décrets, recommandations..),

- ✓ circonscrit son intervention à la mission que lui assigne le financeur (Schémas régionaux, schémas départementaux, règlement d'aide sociale..),
- ✓ incarne les valeurs que défend l'association (projet associatif),
- ✓ **intervient** en fonction des objectifs du Service (projet de service, d'établissement..),
- ✓ veille à l'impérieuse nécessité de prendre en compte la parole de la personne accompagnée, cette expression fût-elle originale, différente de l'attendu (projet personnalisé).

Certaines évolutions technocratiques mettent en péril le respect dû à la personne accompagnée pourtant défendu dans les textes et les discours.

« Le travail social connaît ces derniers temps une profonde mutation d'inspiration plus technocratique que conceptuelle. Le paysage est bouleversé par l'émergence de problématiques et la multiplication d'outils nouveaux (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens [CPOM], appels à projet...), certes incontournables, qui absorbent l'attention et le temps des travailleurs sociaux... Mais quelle place la personne accompagnée y trouve-t-elle ? N'est-il pas envisageable, voire indispensable, d'accepter de prendre ce virage sans abandonner les valeurs fondatrices et les principes éthiques du travail social ? La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale de 2002 et celle pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 ont renforcé l'importance de ces valeurs et le respect indéfectiblement dû à la personne accompagnée. En outre, le rapport des « états généraux du travail social » remis par Marcel Jaeger, titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale du Conservatoire national des arts et métiers, s'engage à promouvoir *“la place et la participation de l'usager”*, et affirme *“la primauté de la valeur de la personne citoyenne”*.

Si ces principes persistent dans les textes et les discours, le changement se situe, d'une part, dans les intentions réelles qui sous-tendent leur application, quelque peu détournées de leur sens initial et, d'autre part, dans les moyens pour leur mise en œuvre qui se révèlent insuffisants, souvent inadaptés, voire contradictoires. Le M.A.I.S., qui rassemble des professionnels du secteur social et médico-social accompagnant les personnes en difficulté d'insertion sociale et en situation d'exclusion, est régulièrement interpellé par certaines problématiques et dérives qui mettent en péril le travail social et les fondements de l'accompagnement social.

Au regard de ce que rapportent ces équipes de travailleurs sociaux (cadres compris), nous aurions à craindre, dans un souci d'économie, de rationalisation des choix budgétaires, d'efficacité (et non d'efficience...) à y perdre le sens et les valeurs qui ont contribué à développer une culture du travail social.

En effet, le travail d'accompagnement social serait en train de muter comme depuis plus de trente ans, le travail social. On attendrait des professionnels qu'ils deviennent des gestionnaires de dispositifs d'inclusion instrumentalisés par une batterie de procédures. Que fait-on de l'acte éducatif, quelle déclinaison tirons-nous de la rencontre humaine avec les personnes en difficulté ? Quelle légitimité technique nous restera-t-il dans notre quotidien si nous devons nous départir de ce qui a été notre métier dans la relation à l'autre ? Nous n'affirmons pas qu'avant ce fût mieux mais de là à accepter de devenir des exécutants administratifs de dispositifs d'inclusion...y sommes-nous prêts ?

De plus, la transposition des normes et pratiques du secteur de la santé dans le domaine médico-social constitue une entrave à l'approche de la personne accompagnée telle que nous la concevons. L'imposition aux services, notamment aux services d'accompagnement à la vie sociale et aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, par les conseils départementaux et les ARS, du système de file active, arbitrairement défini, vient en effet renforcer une logique de dispositifs, rigide et dénuée de sens. La prescription *a priori* de quotas pléthoriques d'accompagnements individuels (par rapport au nombre de places agréées) met en cause la qualité des suivis. En outre, la durée de l'accompagnement alors octroyée, déjà restreinte en fonction de la problématique observée, est actuellement écourtée par souci d'économie, au mépris du principe de bienveillance. Nous pensons que le flux de personnes accompagnées et la durée de leur accompagnement ne devraient pas être fixés artificiellement *a priori*, mais justifiés *a posteriori* au regard du profil des personnes accueillies, de leur situation, et du rapport d'activité. L'appui sur la compétence de l'équipe pluridisciplinaire est essentiel pour évaluer la disponibilité d'accueil et l'activité potentielles du service.

Autant de raisons pour rester vigilant et maintenir le cap de nos engagements professionnels en soutenant la prise en considération des personnes en difficulté tout en défendant la clinique de la rencontre humaine.

## Quelle place pour les S.A.V.S. ?

**Frédéric LEFRERE, psychiatre R.P.S.M. 78, équipe de liaison handicap psychique**

Je vais commencer par me présenter pour que vous situiez mieux de quelle place je parle aujourd'hui.

Je suis psychiatre, praticien hospitalier du pôle de psychiatrie du CHV, j'ai exercé différentes fonctions aussi bien dans les unités intra-hospitalières qu'en tant que responsable du CMP.

Lorsqu'il y a une quinzaine d'année, sous l'impulsion du Pr Marie Christine Hardy Bayle, s'est constitué le Réseau de Promotion de la Santé Mentale Yvelines Sud, mes fonctions de l'époque m'ont amené à m'intéresser plus particulièrement aux liens entre psychiatrie et champ social.

A l'époque, le constat fait sur notre territoire qui représente 8 secteurs de psychiatrie, 3 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile et 1 secteur de psychiatrie pénitentiaire était que les liens entre secteurs psychiatriques et structures sociales ou médico-sociales étaient quasiment rompus.

Chacun reprochant à l'autre de ne pas faire ce qu'il devait faire.

Alors, avec mon collègue Denis Roume, nous avons été « missionnés » par le RPSM pour rencontrer ces structures sociales et médico-sociales, tenter de comprendre leurs demandes et de proposer des réponses adaptées à leurs besoins.

Notre cadre d'intervention était très simple : répondre à toutes les demandes du territoire quelles qu'elles soient, mais ne pas intervenir directement auprès du public pour ne pas se substituer aux structures de soins existantes.

Rapidement, nos interventions se sont structurées autour d'une aide aux intervenants sociaux dans l'accompagnement des personnes présentant une problématique identifiée par eux comme relevant de la psy, sans que ce terme renvoie nécessairement à un diagnostic psychiatrique.

Voilà maintenant plus de 15 ans que je parcours ce demi département à la rencontre des intervenants sociaux. Nous travaillons avec une soixantaine de structures différentes et réalisons environ 450 interventions par an. Pour moitié dans le social, pour moitié dans le médico-social, pour moitié dans l'hébergement, pour moitié sur des problématiques liées à l'insertion au sens large du terme. Nous travaillons aussi bien avec des CHRS, des logements passerelles, des maisons relais, des CCAS, les travailleurs sociaux du département, qu'avec des FO, des MAS, des FAM, des ESAT, des SAVS, des SAMSAH ....

En 15 ans, beaucoup de choses ont évolué. Notre équipe s'est étoffée : nous sommes maintenant 4 personnes pour environ 3 ETP. Les relations entre acteurs sociaux et soignants ont considérablement évolué sur le territoire. Des partenariats étroits se sont établis. Des projets en commun ont vu le jour.

Le contexte a aussi considérablement changé notamment à partir de 2005 et l'ouverture des établissements médico-sociaux au handicap psychique.

Ceci représente pour moi un changement fondamental dans l'accompagnement des patients présentant des troubles psychiques invalidant.

En effet, la psychiatrie de secteur née dans les années 60 s'est construite autour de la désinstitutionnalisation des patients chroniques (fermeture des asiles, réduction des lits, ouverture sur la ville).

Elle s'est organisée pour tenter de répondre à l'ensemble des besoins des patients. Besoins de logements avec l'ouverture d'appartements thérapeutiques, associatifs, placements familiaux etc... mais aussi d'insertion CATTP, Hôpitaux de jours, ateliers thérapeutiques etc...

La psychiatrie a pris l'habitude de gérer l'ensemble de la prise en charge des patients du projet de soins au projet de vie. Cette situation du « tout psychiatrique » s'est trouvée confrontée à une diminution globale des moyens hospitaliers dans les années 90. Parallèlement, la prise en charge des personnes handicapées se structurait de plus en plus notamment autour de la loi 2002-2. Les départements qui assuraient l'essentiel du financement des établissements médico-sociaux apparaissaient mieux dotés. La loi de 2005-102 était en préparation.

C'est dans ce mouvement et sous l'impulsion militante d'associations comme l'UNAFAM qui avait jusqu'alors refusé l'amalgame entre handicap et maladie psychique, que le handicap psychique a trouvé sa place dans la loi de 2005.

Selon moi, cette loi opère un changement Copernicien dans la façon d'appréhender le handicap. En effet, d'un modèle global et homogène qui avait jusqu'alors structuré le medico-social, on passe clairement avec la loi de 2005 à un modèle personnalisé et profondément différencié de prise en charge.

Prenons pour exemple les allocations allouées aux personnes handicapées : jusqu'à 2005 l'égalité de traitement signifiait que toute personne présentant un handicap suffisamment invalidant devait toucher l'AAH dont le montant était le même pour tout le monde.

Avec la loi de 2005, et la prestation compensatoire du handicap, l'équité veut qu'aucune allocation n'est par principe la même. Celle-ci doit être adaptée et proportionnée aux besoins de chaque personne.

Vous voyez, on passe de ce qui est juste, c'est que tout le monde ait la même chose, à que chacun reçoive en fonction de ses besoins.

C'est un exemple mais toute la loi va dans le même sens.

Dans ce contexte, les personnes présentant un handicap psychique trouvent naturellement leur place, en effet, ce qui caractérise avant tout le handicap psychique, c'est sa très grande diversité.

Prenons par exemple l'âge de survenue du trouble, il peut apparaître dans l'enfance, à l'adolescence, comme à l'âge adulte. Les conséquences de la maladie sur le développement de la personne seront alors radicalement différentes. La prise en charge du handicap et les besoins de la personne seront tout aussi différents.

Pour un même individu, la variabilité évolutive de la maladie amène à des changements considérables dans le temps avec des périodes d'amélioration, de stabilité, des périodes plus aiguës et symptomatiques, des séquelles etc... la prise en charge doit prendre en compte tous ces paramètres évolutifs.

On voit donc qu'une caractéristique principale du handicap psychique est sa très grande variabilité.

Cette très grande diversité n'est pas sans poser de problèmes : en effet, l'accompagnement social que proposent les SAVS devrait pouvoir s'appuyer sur une définition relativement claire et délimitée du handicap psychique, sans laquelle on risque d'orienter vers ces services un peu tout et n'importe qui.

Mais la tâche est loin d'être simple.

En effet, si les handicaps moteurs sensoriels ou mentaux sont relativement bien définis et stables autorisant une approche relativement homogène, il en va tout autrement du handicap psychique qui est profondément hétérogène comme nous allons le voir.

Lorsque l'on fait une recherche sur internet sur la définition du handicap psychique, on trouve différentes définitions et différentes approches.

Globalement, il est surtout défini par opposition au handicap mental qui apparaît le plus souvent dans l'enfance, s'accompagne de limitations des capacités intellectuelles ; l'expression du handicap est relativement stable dans le temps et son origine organique (génétique, métabolique traumatique) est établie.

Le handicap psychique survient plutôt à l'âge adulte, sans atteinte des fonctions intellectuelles, sans origine organique et est la conséquence d'une maladie psychique.

On pourrait se dire que définir le handicap psychique comme conséquence de maladie psychique permettrait de bien délimiter son périmètre.

Mais c'est sans compter sur un des problèmes majeurs de la discipline psychiatrique. En effet, parmi les disciplines médicales, la psychiatrie est la seule à ne pas avoir de validateur externe de ses diagnostics.

Je m'explique, prenons la cardiologie, le cardiologue face à une douleur du bras gauche qui irradie vers la mâchoire va faire l'hypothèse d'un infarctus du myocarde, il va pouvoir, avec certains examens complémentaires, démontrer la validité de son hypothèse : ECG, échographie, dosages sanguins voire autopsies, quand c'est trop tard.

En psychiatrie, il n'en est rien, aucun examen complémentaire, aucune autopsie ne peuvent valider les hypothèses diagnostics.

Le diagnostic repose que sur le seul examen clinique, sans preuve de la validité du diagnostic. Même les limites des diagnostics sont incertaines, ainsi la prévalence de la schizophrénie a pu être considérée comme différente aux Etats-Unis et en Angleterre simplement parce que les critères diagnostics étaient différents.

On voit donc clairement ici, les limites du diagnostic psychiatrique pour définir le handicap psychique.

Ce flou des limites du handicap psychique le rend poreux à d'autres handicaps : d'une part, au handicap social et d'autre part, au handicap mental.

Prenons tout d'abord le handicap social.

En effet, il est tout à fait évident que les pathologies psychiatriques ont des conséquences sociales invalidantes (pauvreté, mauvaise insertion sociale, exclusion, etc.). Il est fréquent de trouver en situation de précarité extrême des patients atteints de maladies psychiatriques avérées.

Mais il est tout aussi indéniable que la précarité, la mauvaise insertion sociale, l'exclusion peuvent avoir des conséquences psychiques invalidantes.

Ce n'est pas en soi un problème mais cela alimente depuis toujours un flou entre pathologie psychiatrique relevant du soin et pathologie sociale relevant d'une prise en charge sociale.

Ainsi, le flou des diagnostics psychiatriques et les intrications entre pathologies et conséquences sociales favorisent le glissement entre handicap social et handicap psychique.

Ce mouvement est tout à fait sensible dans de nombreux établissements que je visite, de plus en plus de problématiques clairement sociales ne trouvant pas de réponse dans le

milieu scolaire, professionnel ou même social se trouvent orientées pour peu qu'il y ait quelques troubles relationnels ou quelques difficultés, dans les acquisitions scolaires vers les structures de la prise en charge du handicap.

Ces personnes sont d'ailleurs fréquemment qualifiées de « psy » par les intervenants, qui se trouvent très en difficulté pour accueillir ces publics de plus en plus nombreux.

Leur nombre ne cesse en effet de s'accroître, conséquence de la crise économique qui frappe les personnes mais aussi, de la raréfaction des structures d'accompagnement social elles-mêmes frappées par les restrictions budgétaires secondaires à la crise économique.

A l'autre bout du spectre du handicap psychique, on trouve un certain nombre de pathologies handicapantes, conséquences de pathologies survenues à l'âge adulte qui ont du mal à trouver leur place entre handicap mental et handicap psychique, c'est le cas notamment des pathologies neurologiques.

En effet, elles surviennent le plus souvent à l'âge adulte, ce qui les rapproche du handicap psychique mais leur cause est organique, ce qui les différencie par essence du handicap psychique.

Si bien que selon les définitions, on les retrouve dans le spectre du handicap psychique ou du handicap mental. Après tout, cela a-t-il tant d'importance ? Oui, je le pense car les besoins d'accompagnement sont le plus souvent très différents et les modalités d'accompagnement aussi.

Si l'on veut pouvoir répondre de façon la plus individualisée possible aux personnes, il faut que les réponses proposées soient adaptées aux spécificités du handicap. En effet, la prise en charge d'une personne présentant un syndrome de Korsakoff ou d'une personne qui présente des séquelles d'un traumatisme crânien n'est pas nécessairement superposable à la prise en charge d'une personne souffrant de schizophrénie ou d'un trouble bipolaire.

Il paraît donc indispensable de mieux définir et décrire les problématiques spécifiques à chaque pathologie pour proposer la meilleure prise en charge.

Les outils d'évaluation du handicap actuels, je pense au GEVA, ne nous sont pas d'un grand secours. Les parties concernant l'évaluation du handicap des personnes présentant une pathologie psychiatrique invalidante sont très inadaptées. Ceci n'est pas très étonnant, la matière handicap psychique étant très nouvelle dans le champ du handicap, les outils pour évaluer ce handicap psychique sont à construire aussi en s'appuyant sur l'expérience des professionnels.

Seulement, l'expérience des professionnels du champ social est dans ce domaine très récente. Les formations sont encore insuffisantes et pas toujours adaptées, l'identité professionnelle des SAVS est en construction, leurs champs d'intervention reste encore trop flous.

Qu'est-ce exactement que l'accompagnement, que la vie sociale, que l'accompagnement dans le logement, dans l'insertion sociale ; comment précisément le définir, comment le décliner en pratique, quelles sont ses limites, ses outils, etc...

Je dois dire qu'en 15 ans de travail avec les intervenants sociaux, j'ai encore du mal à m'en faire une représentation claire.

Le problème est que si je ne m'en fais pas une représentation claire, alors qu'en est-il de mes collègues, des patients, des MDPH ?

Donc, au flou du concept de handicap psychique, répond le flou des modalités de prise en charge sociales.

Bref, nous sommes en plein brouillard et dans ce brouillard, il est évident que ce sont d'autres modalités que l'adaptation de la réponse au handicap spécifique qui vont présider à l'orientation vers les SAVS.

Pour ce qui est de la psychiatrie, j'en vois une très évidente mais qui n'est pas sans poser de problème : le ratio ETP, file active. Si l'on rapporte la file active d'un SAVS au nombre d'ETP, on obtient un ratio autour d'un ETP pour 10 à 15 personnes accompagnées. Ce ratio est le plus souvent d'un pour 100 à 150 patients dans un CMP.

Le risque est grand que l'on oriente finalement vers les SAVS les patients les plus consommateurs de soins, qui représentent à peu près 10% de la file active mais consomment plus de 70% des ressources.

Mais ne nous trompons pas, les patients les plus consommateurs sont aussi, bien sûr, les plus complexes sur le plan de la prise en charge. Ils vont nécessairement mettre en difficulté les intervenants sociaux insuffisamment formés et dont le cadre d'intervention est insuffisamment défini.

Cette observation n'est pas une vue de l'esprit mais se forge sur les observations de terrain.

Du côté des MDPH, il est tentant d'orienter vers un SAVS ou un SAMSAH les personnes qui ne trouvent pas de réponses adaptées.

Les personnes, quant à elles, peuvent attendre un peu tout et n'importe quoi de la part des SAVS.

Bref, nous sommes bien tous en plein brouillard. Comment nous repérer, comment éviter les écueils que nous avons décrits ?

Un des avantages de cette situation, c'est que tout le monde est dans le même brouillard, et donc le premier d'une certaine façon qui suit un chemin peut entraîner les autres.

Dans cette optique, il appartient aux SAVS de définir ce qu'ils font et ce qu'ils ne font pas et par là, définir la population qu'ils peuvent accueillir.

Donc, je dirais la balle est dans votre camp. Ainsi à la question que je posais dans mon propos : quelle place pour les SAVS, je répondrais que ce n'est pas à moi de répondre à cette question mais à vous.

## Questions/Réponses à l'issue de l'intervention du Dr LEFRERE

**Question :** *Pouvez-vous apporter des éléments de différenciation entre handicap psychique et handicap social ?*

**Réponse :**

Si les SAVS se doivent de prendre en charge toute forme de handicap, alors il faut également s'occuper des personnes présentant de sérieuses difficultés sociales, sans avoir pour autant de pathologie médicale handicapante. Il ne faut pas selon moi de cloisonnement entre le social et le médico-social. D'ailleurs, le terme même de médico-social interroge. C'est un concept un peu surprenant d'associer le médical et le social.

Pour moi, il ne faut pas que les psychiatres soient dans les établissements, mais que les établissements travaillent en lien avec le secteur psychiatrique, les réseaux existants. Attention à ce que les établissements médico-sociaux ne recréent pas des asiles.

Il convient de préciser que les SAVS et SAMSAH « marchent sur les platebandes des CMP ». Autrefois, la psychiatrie s'occupait de tout pour les personnes (projet de soins, projet de vie...). Dans les années 90, avec la baisse des moyens accordés à la psychiatrie en France, d'autres réponses ont dû être trouvées. Avec la loi de 2005, il y a de plus en plus de demandes de prise en charge vers ce type d'accompagnement. Mais attention à ce que les SAVS ou SAMSAH définissent clairement ce qu'ils font, ce qu'ils peuvent faire ou pas.

**Question :** *Est-ce que la psychiatrie réactualise ses points de vue, ses diagnostics concernant la maladie psychique ? Quelles prises en charge des souffrances de la maladie psychique ?*

**Réponse:**

La psychiatrie est une discipline médicale et renvoie donc à des problématiques médicales et leur traitement. La souffrance psychique est une affaire sociétale et ne relève donc pas exclusivement de la psychiatrie.

On peut interroger le non-remboursement des psychothérapies. Il conviendrait par ailleurs d'avoir une meilleure évaluation des prises en charge psychanalytiques.

Les réponses aux problèmes médicaux sont selon moi, également des réponses sociales. La psychiatrie ne peut pas tout, et d'ailleurs, ce serait dangereux de vouloir attendre d'elle qu'elle règle tout.

**Question :** *Quelle collaboration entre le RPSM et les SAVS ?*

**Réponse :**

Le RPSM réaffirme la nécessité de collaboration, et définit les contours et les limites de chaque acteur. La place des SAVS, ça veut dire quoi accompagner ? Vous êtes un peu les agents de la normalité sociale. J'aimerais travailler cette idée là avec vous. Vous êtes des agents de normalisation pour des personnes en difficulté d'insertion sociale. Au travers de vos accompagnements, vous êtes porteurs de normes sociales.

**Question : *Témoignage de la salle sur l'impact de la maladie psychique dans l'organisation de la vie quotidienne d'une personne.***

**Réponse :**

Il y a souvent un long et nécessaire travail de réhabilitation de la personne. Ne pas avoir d'à priori. Faire preuve d'observation au quotidien. Réflexion à mener sur les moyens adaptés à mettre en place pour faire face aux difficultés de la vie quotidienne.

Le temps de la prise en charge sociale est rapide, on veut des résultats. Le temps de la maladie est souvent différent et beaucoup plus long. Nous avons affaire avec deux temporalités différentes. C'est aussi pour cela qu'il faut bien préciser ce que vous faites en SAVS afin de demander des temps plus longs d'accompagnement à la MDPH. Il faut pouvoir proposer des outils professionnels.

La MDPH doit évaluer les retentissements d'une pathologie, plutôt que de vouloir poser des diagnostics précis. Les SAVS doivent évaluer les conséquences de la maladie dans le quotidien.

## Les lésions cérébrales et les conséquences sur la vie de la personne

Nicole MARLIER, orthophoniste et Gaëlle LE BORNEC, Neuropsychologue  
Hôpital Raymond Poincaré de Garches

Patients cérébro-lésés : conséquences en Vie Quotidienne

Nicole Marlier, orthophoniste  
Gaëlle Le Bornec, psychologue-neuropsychologue  
Le 3 décembre 2015



**ATTENTION**  
Capacité d'atteindre un niveau d'éveil suffisant afin de pouvoir se concentrer sur diverses situations.  
• soit sur un élément en particulier  
• soit sur deux plusieurs choses en même temps  
• soit pendant une longue période de temps

**MOTRICITÉ**  
Contrôle des mouvements du corps

**PERCEPTION**  
de la forme, de la couleur, de la distance des objets

**ORIENTATION**  
Perception des relations entre les objets dans l'espace

**LANGAGE ORAL**

**FONCTIONS EXÉCUTIVES**  
Capacité à adopter des comportements adaptés à des situations nouvelles ou complexes  
• **Organisation et planification**  
• **Abstraction**  
Comprendre la nature des liens entre les choses et entre les idées.  
• **Jugement**  
Évaluer les faits et agir selon ses connaissances et le bon sens.  
• **Auto-contrôle**  
Contrôler ses émotions et ses actions selon les situations.  
• **Flexibilité**  
Pouvoir passer facilement d'une idée à une autre.

**LANGAGE ÉCRIT**

**MÉMOIRE**  
• **Mémoire à court terme**  
Permet de retenir une quantité d'information limitée pendant une brève durée (quelques secondes)  
• **Mémoire à long terme**  
Mémoire des faits, connaissances et habiletés accumulés au fil des années  
- Les expériences vécues personnellement  
- Les connaissances générales associées au langage (vocabulaire, etc.) et aux concepts (caractéristiques des objets, des personnes, des lieux)

## Collaboration équipe pluridisciplinaire

Nécessaire à divers moments de l'évolution  
du patient cérébro lésé

- Médecins MPR, psychiatres
- Aide-soignants et infirmiers
- Kinésithérapeutes
- Ergothérapeutes
- Orthophonistes
- Psychologues et neuropsychologues
- Assistantes sociales
- Diététiciennes
- Orthoptistes
- animateurs et éducateurs

- **Les lésions cérébrales touchent plusieurs aspects**
- Médicales
- Moteurs, orthopédiques
- Tbs vision, audition, odorat
- Psychologiques, comportementales
- Cognitives : langage et communication, Mémoire, Attention, Fonctions exécutives
- fatigue, lenteur

## Les troubles du langage

- **L'aphasie** est une pathologie du langage secondaire à une lésion cérébrale située dans l'hémisphère gauche.
- Souvent suite à un AVC
- Cette lésion cérébrale empêche :  
l'utilisation des outils nécessaires à la production / la compréhension de mots et de phrases.
- L'aphasique n'arrive plus à mettre sa pensée en mots et/ou en phrases.

## L'aphasie

- Le patient aphasique peut présenter des **troubles de l'expression orale** :
- La personne a du mal à s'exprimer, sait ce qu'elle veut dire mais les mots ne sortent pas ou pas correctement
- Elle ne trouve pas ses mots, les déforme ou les confond avec d'autres :
- Elle peut ne plus arriver à articuler les mots.
- Son langage est réduit. Elle juxtapose les mots en style télégraphique sans grammaire

- Certains ont une stéréotypie, des persévérations verbales (ex : « tototo »)  
« effectivement, effectivement »
- Stéréotypie qui n'a pas de signification
- Stéréotypie = à inhiber
- Les séries et mots automatiques viennent facilement (mots politesse, « gros mots »,  
1 2 3 4 5 ....
- Parfois au contraire la personne parle trop, jargonne et dit un mot pour un autre sans s'en rendre compte.

## L'aphasie

- L'aphasie se manifeste donc différemment d'une personne à une autre.
- Il peut y avoir des troubles :
  - au niveau de la phonétique (son),
  - du lexique (mot/ vocabulaire),
  - de la syntaxe (phrase/ordre/conjugaison, mots liaison)

## L' Aphasie

### Expression orale

**Compréhension orale** : Le patient ne comprend pas ou comprend mal ce qu'on dit

**Trouble de la lecture** : le patient ne lit pas à haute voix et ne comprend pas ce qu'il lit

**Trouble de l'écriture** : Certains patients patient n'écrivent pas ou mal, (stylo, clavier)  
(lettres, mots, phrases, chiffres, signature.

## Que se passe-t-il quand on entend un mot ?

Prenons l'exemple du mot « papillon » : voici les différentes étapes

**Les sons arrivent à l'oreille en tant que bruit, il va falloir isoler les sons du bruit environnant ou des conversations puis procéder à l'analyse**

**On découpe le bruit perçu en groupe de sons**

**On recherche dans son stock de mots quelque chose qui est identique à la suite de sons que l'on vient d'entendre**

**Une fois le mot reconnu, on active tout ce que l'on sait du mot (son image, les connaissances à propos de ce mot)**

The diagram illustrates the process of hearing the word 'papillon' through three levels:

- Niveau acoustique:** Shows sound waves entering an ear, followed by a thought bubble containing the phonetic breakdown 'p a pi llon'.
- Niveau lexical:** Shows a thought bubble with 'papillon' at the top, and below it, boxes for 'pantalon', 'patinons', and 'papilles', with 'Papillon' highlighted in red.
- Niveau sémantique:** Shows a thought bubble with 'papillon' at the top, and below it, three boxes containing images of a butterfly, a caterpillar, and a bee.

## Que peut-il se passer quand une personne aphasique entend un mot ?

**Les sons arrivent à l'oreille en tant que bruit, il va falloir isoler les sons du bruit environnant ou des conversations puis procéder à l'analyse**

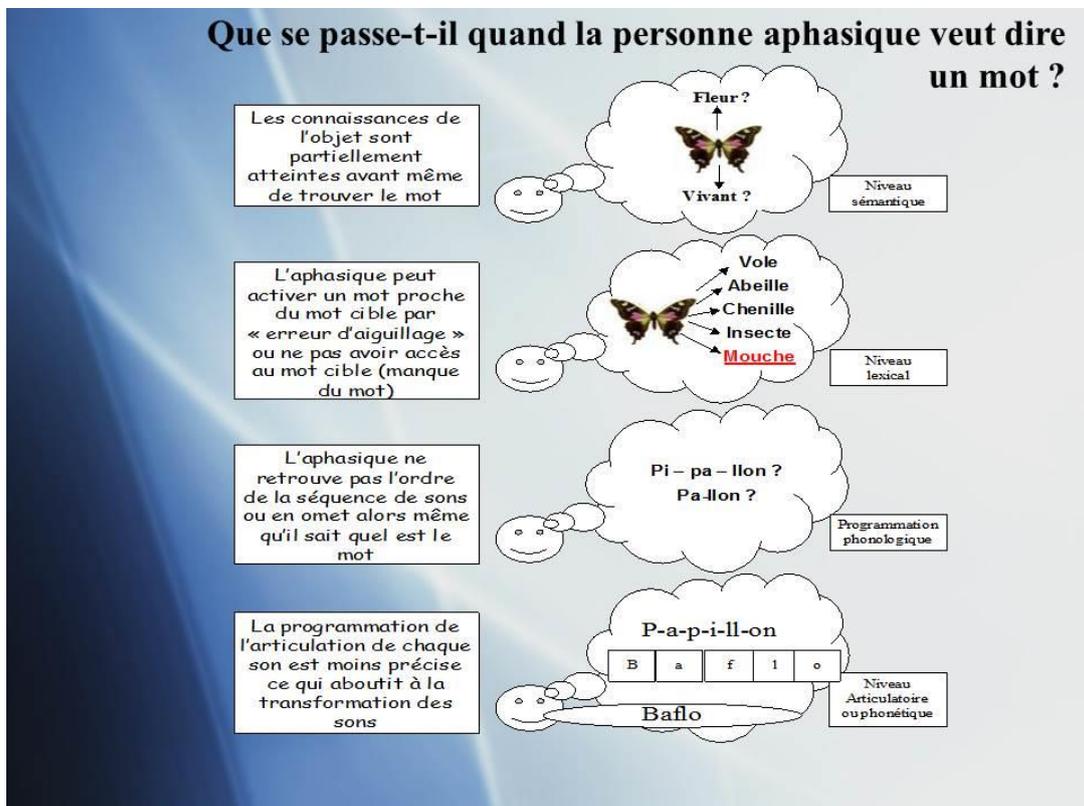
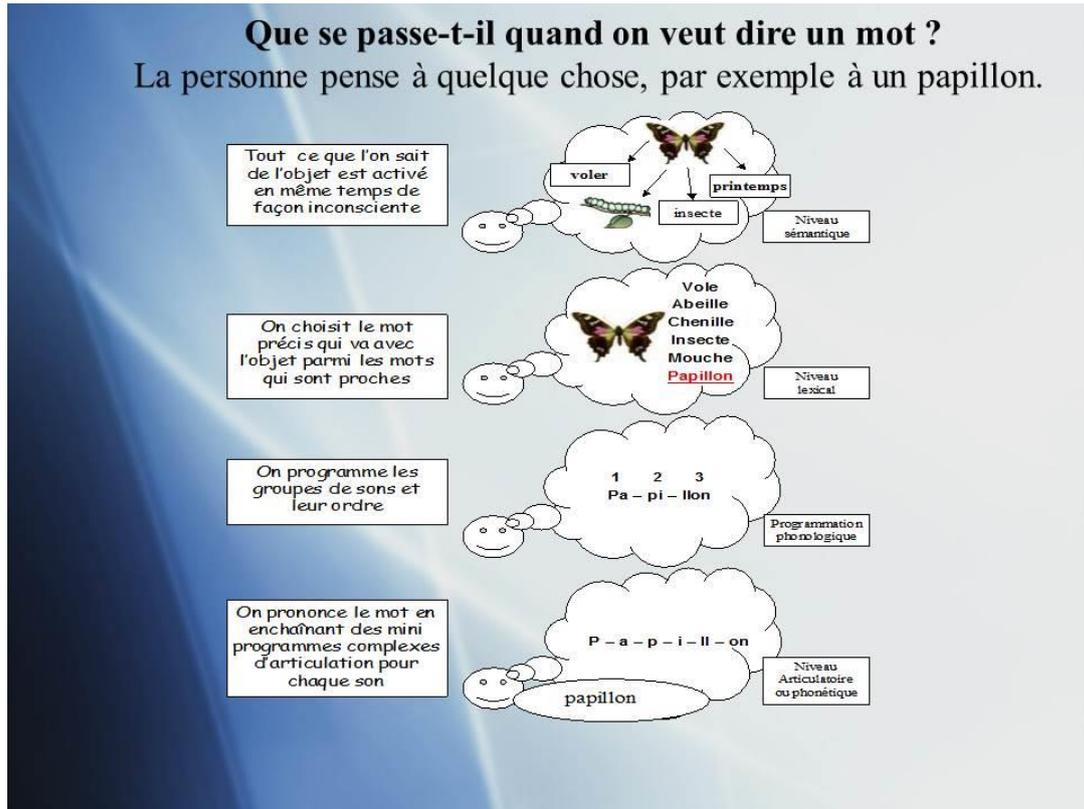
**L'analyse des sons peut poser problème, certains sons ne sont pas ou sont mal décodés même si la personne sait très bien ce qu'est un papillon**

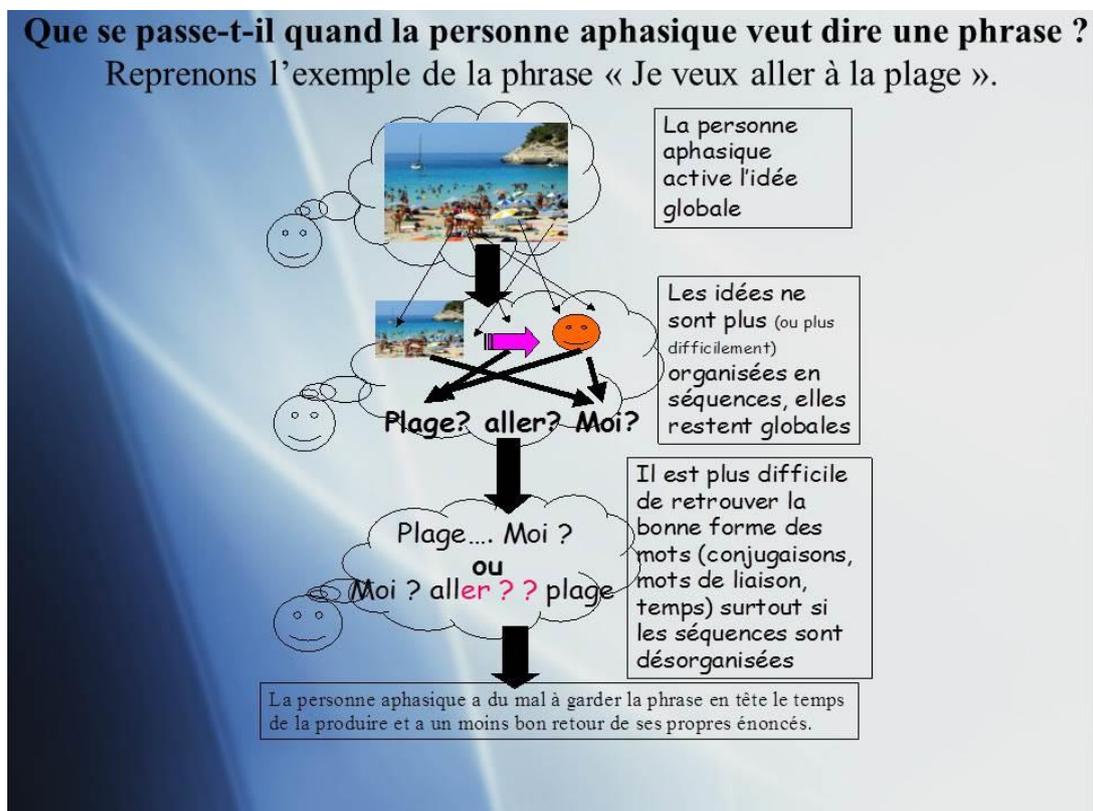
**La personne aphasique ne parvient pas à mettre en correspondance ce qu'elle a entendu avec les mots qu'elle connaît (stock lexical)**

**La personne aphasique sait qu'elle a déjà entendu le mot mais n'est plus sûre de l'image ni du sens de ce mot**

The diagram illustrates the difficulties of word processing for an aphasic person through three levels:

- Niveau acoustique:** Shows sound waves entering an ear, followed by a thought bubble containing the phonetic breakdown 'B a ? Lon?'.
- Niveau lexical:** Shows a thought bubble with 'papillon' at the top, and below it, a box containing a question mark '?'.
- Niveau sémantique:** Shows a thought bubble with 'papillon' at the top, and below it, three boxes containing images of a butterfly, a caterpillar, and a bee, with a question mark '?' above them.





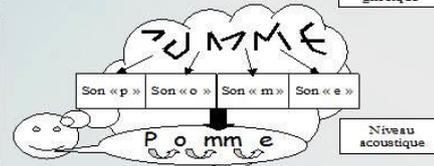
### Quand on lit un mot

Prenons l'exemple du mot « pomme ». Nous avons l'impression que la signification d'un mot que nous lisons nous apparaît immédiatement quand nous ne sommes pas lecteurs débutants, pourtant là encore, nous avons recours à plusieurs étapes.

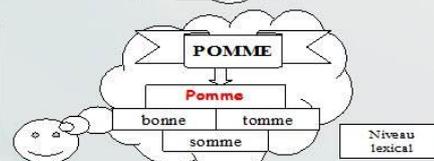
Le mot après avoir été vu, est analysé par le cerveau, on différencie ainsi les lettres de simples dessins



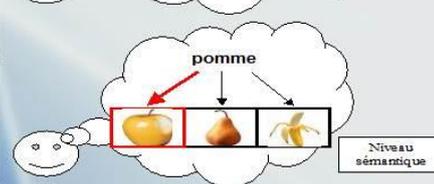
Si on est un lecteur débutant, on doit traduire chaque lettre en son puis relier les sons entre eux afin de découvrir le mot. Le lecteur « expert » aura un accès plus direct



Une fois le mot « photographié » (lecteur non débutant) ou déchiffré (lecteur débutant). On recherche dans son stock de mots quelque chose qui est identique à la suite de sons que l'on vient d'entendre



Une fois le mot reconnu, on active tout ce que l'on sait du mot (son image, ses connaissances à propos de ce mot)



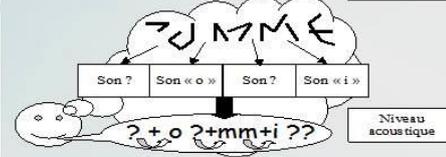
### Quand une personne aphasique lit un mot

Lorsque la personne lit un mot, certaines étapes peuvent être touchées et gêner la compréhension du mot. De plus, pour la lecture à haute voix, on peut ajouter à toutes ces étapes, certaines étapes de « dire un mot ».

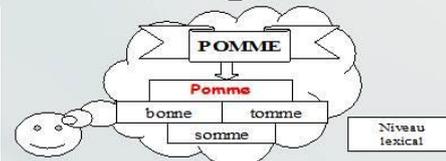
Le cerveau a du mal à identifier les lettres, il perçoit des barres orientées mais n'arrive pas à les regrouper pour former des lettres



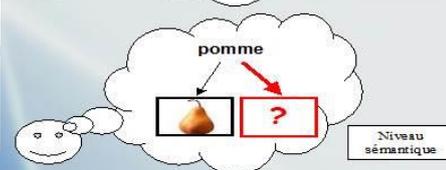
L'aphasique n'est pas un lecteur débutant. De plus, les zones du cerveau qui permettent de changer chaque lettre en son pour recomposer un mot sont atteintes



Le mot peut être « photographié » mais c'est plus « flou », certaines lettres sont mal identifiées ou effacées, les mots proches peuvent être confondus et les mots longs ou complexes sont moins facilement reconnaissables



L'aphasique éprouve des difficultés à relier l'étiquette et le concept (image et connaissances)



### ▪ **Conduites à tenir face à un patient aphasique**

- Eviter les idées préconçues sur la personne et son handicap ex : « elle ne comprend rien », « elle ne veut pas parler, ».
- Eviter « Fais un effort, tu l'as dit tt à l'heure ! »
- Un mot une petite phrase peuvent être produites à un moment, et ne plus l'être après.
- Penser que **la personne aphasique sait ce qu'elle veut dire** mais qu'elle ne peut pas l'exprimer en paroles ou qu'elle bute sur les mots.
- S'adresser à elle comme à une personne adulte et intelligente

### ▪ **Conduites à tenir face à un patient aphasique**

- **Etre disponible et** prendre le temps de communiquer,
- **Faire l'effort de chercher à comprendre** ce que la personne veut vous dire même si cela vous semble dépourvu de sens.
- Même si cela prend du temps
- Même si cela provoque des « blancs » dans l'échange.
- **Ne pas parler pas à sa place**, laissez-lui sa place d'interlocuteur.

- **Conduites à tenir face à un patient aphasique**
- Ne pas faire semblant d'avoir compris, elle s'en rendra compte.
- Tolérer le tutoiement et les « gros mots » fréquents car **automatiques**, involontaires et incontrôlé = ne surtout pas le reprendre, Il en est le premier malheureux.
- Aménager un environnement calme, éviter TV, radio
- Eviter les conversations de groupe.
- Une seule occupation en même temps ( ex. marcher et parler = double tâche )
- Parler est un effort permanent : **la personne aphasique se fatigue vite** et a besoin de moments de récupération.

### ▪ **POUR AIDER LA PERSONNE A VOUS COMPRENDRE :**

- **Les troubles de compréhension orale passent souvent inaperçus pourtant ils perturbent la communication.**
- **Questions essentielles :**
- **Est-ce qu'il comprend ?**
- La réponse **Oui/ Non** par le patient **est-elle fiable ?**
- la personne peut confondre le oui/non,
- **Parler lentement** mais restez naturel,
- **Faire des phrases courtes**
- **Utiliser des mots concrets** et donner **une idée à la fois.**

## POUR AIDER LA PERSONNE APHASIQUE A VOUS COMPRENDRE

- **Ne pas parler plus fort**, le patient aphasique n'est pas sourd
- Ne pas donner 2 ordres à la fois (« mets ton manteau et viens me rejoindre à la voiture »)
- Et ne pas donner une consigne importante pour le patient sans vérifier la compréhension « prenez bien votre médicament contre la tension »
- **Marquer des pauses** entre les phrases.
- **Reformuler** si nécessaire.
- Ne pas sauter pas du coq à l'âne.
- **Prévenir** la personne **si on change de sujet**.

- **Poser des questions simples**
- **Si besoin, privilégier des questions fermées:** éviter tu veux du thé ou du café ?
  - *Tu veux du thé? (oui / non) Tu veux du café? Oui/non*
  - Ecrire dessiner les deux choix,
  - **Utilisez le dessin et les gestes** pour aider à faire passer votre message
  - Lors du choix du repas : le patient ne peut dire que le dernier mot proposé  
ex. « vous voulez du steack haché, du jambon ou du poulet ? » (ex. dame /poulet)

## POUR L' AIDER A PARLER

- Encouragez la personne à s'exprimer par tous les moyens possibles (gestes, dessins, mimiques, désigner les objets...)

- Ne pas l'interrompre ni le corriger dès qu'il se trompe même si l'expression est imparfaite.

### **l'essentiel, c'est la communication**

- Ne pas le faire répéter si vous avez compris car cela peut le décourager.
- Pour savoir ce qui l'aide, **s'adresser à l'orthophoniste qui suit le patient**

## POUR L' AIDER A PARLER

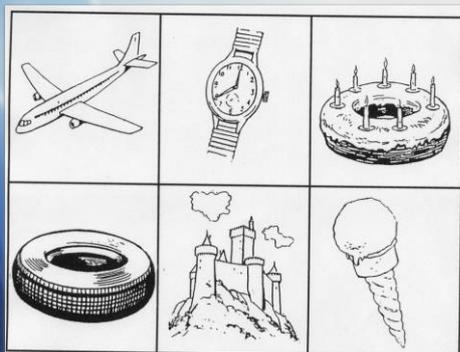
- Pour l'aider à trouver le mot qu'elle cherche quand vous le connaissez :
  - vous pouvez lui donner la première lettre ou la première syllabe du mot. Par exemple si le mot est « chapeau » soit en donnant « *ch..* », soit « *cha..* »

## La femme écrit

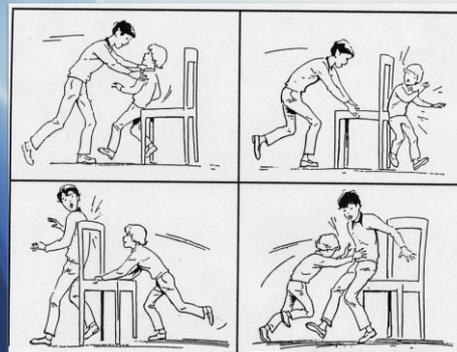


## GATEAU

MT86



## Le petit pousse le grand sur la chaise



## Prise en charge

- Rééducation du langage (orthophonistes) mais,
- Ne pas viser le retour à l'état antérieur
- Restaurer une communication avec le regard de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire
- Communiquer malgré l'aphasie
- Adaptation à son environnement
- Conseils / orthophoniste

## Le langage chez les traumatisés crâniens

### Langage Traumatisés crâniens

Aphasie rare chez les Traumatismes Crâniens

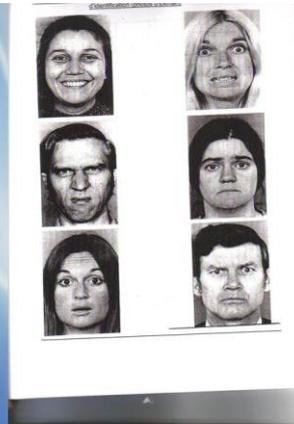
TC parlent, lisent, écrivent

Utilisation correcte de la syntaxe, conjugaison  
verbes, phrases bien construites, du  
vocabulaire.

Plutôt « troubles de la communication »  
résultent et s'inscrivent dans le cadre des  
perturbations cognitives

### Conversation normale

- Utiliser le ton qui convient
- Donner une certaine quantité d'infos pour être assez informatif, assez, mais pas trop
- Respecter tours de parole
- Utiliser indices donnés par interlocuteur (regard, gestes, postures, mimiques, manifestations phatiques (mmm), pauses, émotions = signaux que l'on peut prendre son tour de parole pour équilibre de la conversation



### Conversation normale

- Avoir une bonne mémoire immédiate.
- Organiser de façon logique et chronologique les énoncés.
- Gérer les changements de thèmes,
- compréhension de l'ironie, l'humour, l'implicite.

## Troubles communication des TC sévères

- Beaucoup de lieux communs, d'expressions toutes faites.
- Bavardage excessif avec détails superflus ou au contraire, une expression réduite, pauvre.
- Perte du fil du discours, digressions

## Troubles communication TC sévères

- En conversation, difficultés
- à respecter les tours de parole, interruption de conversation
- à percevoir l'expression émotionnelle de l'interlocuteur, expression reflétée par l'expression du visage ou l'intonation de la voix
- A inférer les états mentaux de l'autre, à prendre en compte les signes que donne l'autre
- Difficulté à suivre une conversation à plusieurs : difficulté à traiter les informations multiples
- à comprendre l'humour
- Manque de tact, excès de familiarité

## Troubles parole et voix des TC

- Dysarthrie : troubles d'articulation
- Dysphonie : troubles de la voix
- Dysprosodie : troubles de la prosodie (parole monotone)

## Troubles cognitifs TC

- *Lenteur, fatigabilité*
- *Troubles comportement*
- *Troubles attention*
- *Troubles mémoire*
- *Syndrome dysexécutif*
- *Ralentissement TT information*
- *Troubles communication*
- *Troubles voix, dysarthrie, dysprosodie*
- *Troubles déglutition*
- )

## Troubles comportement

- Apathie
- Absence désir, motivation, désintérêt apparent envers les proches
- Défaut de contrôle, désinhibition ou apragmatisme, colères immotivées, labilité de l'humeur...
  - Irritabilité et intolérance à la frustration = première plainte à distance
- perte contrôle et de jugement critique

## Troubles comportement

- Importance d'informer sur ces troubles
- Éviter d'associer émotion et fatigue (moins bon contrôle)
- L'agressivité est aussi l'expression d'un mal-être, elle n'est pas nécessairement dirigée contre l'entourage
- Si c'est possible, différer ses réactions face aux troubles du comportement
- Quand la personne est conscient, en discuter au calme avec elle
- Ne pas culpabiliser, la personne ne contrôle pas

## TROUBLES MNÉSIQUES

### Troubles cognitifs TC troubles mnésiques

- Troubles mémoire souvent sévères, qui peuvent durer
- Plusieurs aspects de la mémoire

### Mémoire des TC

- **Connaissances personnelles déjà acquises**
- Ex. scolaires, liées au métier, générales, (TV..;
- Difficultés à les rappeler : les connaissances sont présentes mais « mal rangées », non disponibles
- nécessité de les réactiver

### Mémoire des TC

- **Souvenirs autobiographiques** antérieurs à l'accident conservés surtout si les souvenirs sont anciens

Sauf période autour de l'accident (avant et après) définitivement oubliée.  
Inutile d'essayer à les retrouver (pièce du puzzle manquante)

## Mémoire des TC

- Difficulté faire de **nouveaux apprentissages** car
- pas d'utilisation spontanée de moyens mnémotechniques
- Il faut aider le patient à apprendre et à se rappeler)
- Enfants / adultes

## Mémoire des TC

- **La mémoire n'est pas un muscle**, pas d'apprentissage par cœur
- Le patient a besoin d'être guidé
- Pour apprendre il faut aider à mettre en place moyens pour mémoriser
- Les souvenirs sont présents mais il faut aider le patient à aller les chercher  
La mise en relation avec les connaissances antérieures

## Mémoire TC

- Apprentissage nombre limité d'informations
- Donner la bonne réponse plutôt que la faire deviner au patient qui risque d'apprendre sa mauvaise réponse
- Préservation des savoir-faire (pratique sport, jouer du piano, utiliser un ordinateur...) mémoire préservée

## Mémoire TC

- Il faut du temps (plusieurs mois) et des entraînements répétés pour apprendre à utiliser ces aides externes

Participation à la mise en place des aides externes par les aidants en lien avec les rééducateurs.  
Plus l'outil est utilisé par tous, plus le patient apprendra à l'utiliser.

## Carnet mémoire

- La prise de notes est généralement perçue comme contraire à la rééducation
  - Je ne vais plus faire travailler ma mémoire
  - C'est une béquille qui fait handicapé
  - Je ne prenais pas de notes avant
  - Et si je le perds ?
  - Je vais oublier de le renseigner ou de le consulter

- Nécessité de « vendre » le carnet mémoire au patient et à sa famille
  - Le simple fait de noter une info renforce l'encodage
  - L'utilisation du carnet mémoire va apporter une plus grande autonomie dans leur vie quotidienne
  - L'autonomie va aider la mise en place de processus mnésiques

## Rôle de la famille

- Participer à l'élaboration des objectifs du carnet mémoire en relation avec la vie quotidienne du patient
- Renseigner le carnet en collaboration avec le patient :
  - Informations autobiographiques
  - Prise de rendez-vous

## Les rubriques

- On doit analyser avec le patient et sa famille ses besoins en VQ (pourquoi pas en utilisant un questionnaire)
- Rien n'est fait sans le patient
- On peut proposer une liste de rubriques: on essaie de donner « la définition » plutôt que le nom de la rubrique, le patient trouvant lui-même le titre, le nom devant lui servir d'indice de récupération d'une info notée.

## calendrier

- L'absence de recollection de souvenirs entraîne une désorientation spatio-temporelle
- Le calendrier n'est pas un agenda ou un carnet mémoire
- C'est un traceur d'évènements
- Aide le patient à se situer « en fixant le temps dans l'espace »

## calendrier

- Papier
  - Grand calendrier recto-verso
  - Feuille Excel
- Google agenda, par exemple

## notes

- Principaux évènements
  - Passés
  - Futurs
- Marquer les cases au fur et à mesure
- Nécessité d'obtenir la contribution de la famille
  - Pour les notes
  - Pour inciter le patient à s'approprier l'outil

## Le smartphone

- Étude de T.K. Wade et J.C. Troy (2001)
- 5 patients T.C. Avec troubles de mémoires et
- De 1 à 15 ans post traumatique
- Résultats :
  - Amélioration des prises d'initiatives
  - Aide à l'encodage pour certains
  - Plus facile pour ceux qui utilisaient déjà un smartphone

## Le smartphone

- Avantages
  - Acceptation de l'outil
  - Pas uniquement une prothèse mnésique
  - 2 en 1
  - Possibilités de paramétrages à distance (alarmes)
  - Décours temporel via les alarmes
  - GPS
  - Outil de communication avec le proche

## Les films vidéos

- De études ont montré une amélioration de la recollection des souvenirs grâce à cette méthode
- Permet au patient d'accéder au contexte
- Permet de renforcer la trace mnésique
- Application pour les réunions de famille, pour les visites, les vacances, pour un itinéraire
- Séquences courtes à dater sur l'ordinateur

## Autres supports

- Post-it :
  - Attention, ils se perdent ou se recouvrent
  - En règle générale, le support mnésique est efficace s'il est consulté (conscience)
  - Envahissement,
  - Pas de hiérarchie temporelle
  - Petit espace donc prise d'infos réduite
- Tableau
  - Endroit stratégique (porte d'entrée...)
  - Instauration de rituels de consultation
  - Attention à la mise à jour

## Autres supports

- Rangement
  - Penser aux étiquetages en évidence
  - Rassembler le plus possible les éléments sur un même lieu
  - Pourquoi pas une seule boîte pour les papiers non traités ?
  - Privilégier les habitudes car elles sont en relation avec la mémoire procédurale

## En général

- Si possible, travailler sur les habitudes
  - Amélioration et optimisation
- Encourager le patient quand c'est possible à gérer l'utilisation des aides
- Accompagner « la prise en main » des aides

## En général

- Explication à l'entourage
- Exercice exécutif et mnésique en soi nécessitant d'autres méthodes d'acquisition
- Période d'observation après la prise en main

## REEDUCATION, READAPTATION, REINSERTION

### Rééducation/Réadaptation/Réinsertion

- La durée de cette prise en charge patients cérébro-lésés est très longue : plusieurs années
- Évolution rapide pendant les 6 premiers mois puis progrès + lents sur une longue durée
- Les progrès sont acquis

#### ■ 3 phases :

- Rééducation : réduire la déficience
- Réadaptation : faire au mieux avec la déficience; mise en place d'un nouveau projet de vie en lien avec le handicap; mise en place systèmes compensatoires
- Réinsertion : faire au mieux avec la déficience pour limiter les désavantages socio-professionnels

## HANDICAP INVISIBLE

### Handicap invisible des TC

- Suite AVC : handicap visible
- Suite TC « handicap invisible » : Troubles cognitifs pouvant être isolés en l'absence de troubles moteurs
- Anosognosie due à la lésion : Patients TC pas toujours conscients de leurs troubles avec
  - Rationalisation échecs
  - Sous-estimation des déficits intellectuels, comportementaux et psychiques

## La fatigue

- Plainte commune de la part des patients cérébro-lésés même à distance de l'accident.
- Chaque activité nécessite en permanence un effort supplémentaire pour avoir un même niveau de performance.
- Pour compenser ces troubles, les patients ont recours à des stratégies pas toujours efficaces pour s'adapter
- + La lenteur

## Prise en charge de la fatigue

- Fractionner et varier les types d'activités
- Sieste peut être nécessaire
- Information sur la fatigue et sur les moyens de la gérer

- **Intrication des troubles et impact des troubles cognitifs sur la vie de tous les jours**
- Ex. Possibilité de heurs /obstacles ou de chute lors de déplacements, du fait des **troubles attentionnels**
- Distract par les gens qui passent, le patient ne peut gérer deux choses à la fois .
- Lenteur, fatigue : tout demande un effort avec impact sur la vie quotidienne

- Rééducation longue
  - Multidisciplinaire
  - Répercussion sur personnalité, comportement
  - Mosaïque de troubles cognitifs
  - Changement radical entre l'avant et après TC à tous les niveaux
- Remise en question du projet de vie, impactant le niveau social, relationnel, familial, professionnel

## **Présentation de R.P.S.M. 78**

### **Frédéric LEFRERE, Psychiatre**

Le Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans le Sud des Yvelines est un réseau territorial qui couvre le Sud du département. Il a été créé en 1999. A l'origine de la création, l'objectif était d'améliorer l'offre de soins faite à la population sud du département et notamment les liens entre les médecins hospitaliers et libéraux.

Aujourd'hui 3 axes principaux sont développés :

#### **- Le lien entre la ville et l'hôpital,**

Ce dispositif consiste à améliorer la coordination entre les différents professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale. L'objectif est d'aider les usagers à trouver rapidement l'interlocuteur adapté en fonction de la nature de leur difficulté ainsi que d'offrir aux patients un parcours de soins coordonné.

Ce dispositif permet aussi de répondre au constat qu'il n'y avait pas de lien entre la médecine de ville et la psychiatrie. RPSM propose la mise en place d'un premier contact téléphonique, qui est suivi d'un rendez-vous avec un psychiatre dans les 15 jours, 3 à 4 entretiens se succèdent avant de réamorcer un suivi vers un généraliste.

#### **- L'intervision, interface entre le secteur psychiatrie et le secteur social et médico-social**

Cette action est en direction des partenaires sociaux et médico-sociaux. L'équipe mobile du réseau est à disposition des structures et se rend dans les services pour échanger sur des situations cliniques problématiques. Ces échanges permettent d'aider les équipes dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Les travailleurs sociaux appréhendent ainsi mieux les équipes médicales, ce qui permet une meilleure communication avec les psychiatres. Un véritable dialogue permet de confronter à la fois, la vision médicale et la vision sociale de la problématique des personnes accompagnées.

#### **- Le partenariat entre les établissements de santé public et privé**

Le réseau travaille avec :

#### **6 établissements de santé :**

- Centre Hospitalier André Mignot de Versailles (public)
- Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot de Plaisir (public spécialisé)
- Institut Marcel Rivière de La Verrière (privé spécialisé MGEN participant au service public)
- Clinique d'Yvelines de Vieille-Eglise-en-Yvelines (privé spécialisé à but lucratif)
- Hôpital Gériatrique et Médico-Social de Plaisir-Grignon (public)
- Centre Hospitalier de Rambouillet (public)

**Des médecins généralistes, des psychiatres et psychologues libéraux**, des conventions ont été signées entre la CPAM et des psychologues pour obtenir une prise en charge des thérapies.

Le réseau RPSM intervient aussi sur des prises en charge spécifiques :

- Maison des adolescents des Yvelines Sud
- Equipe mobile personnes âgées spécialisée dans la psychiatrie de la personne âgée
- Unité 72 h pour évaluer l'opportunité d'une hospitalisation en psychiatrie
- Groupe ERIC, Equipe Rapide d'Intervention de Crise

Une véritable organisation s'est mise en place pour répondre à diverses situations relevant de l'urgence :

- Ouverture en 2005 des unités d'hospitalisation de courte durée (72 heures maximum) aux Centres Hospitaliers André Mignot et Jean-Martin Charcot (site du Centre Hospitalier de Rambouillet pour ce dernier)
- Création d'une unité d'accueil de post-urgence à la Clinique d'Yvelines
- Création d'une unité de post-urgence et courts séjours à l'Institut Marcel Rivière en 2009 à destination de la population du territoire
- Unité de post urgence et courts séjours pour adolescents de 14 à 18 ans à l'Institut MGEN la Verrière pour les adolescents du territoire
- Signature de deux conventions d'accueil de post-urgence, entre le Centre Hospitalier André Mignot et la Clinique d'Yvelines d'une part, et entre le Centre Hospitalier André Mignot et l'Institut Marcel Rivière, d'autre part
- Extension du territoire d'intervention de l'Equipe Rapide d'Intervention de Crise (ERIC) du Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot

Après la présentation du réseau RPSM, un échange a eu lieu autour des 2 sources d'exclusion des personnes souffrant de troubles psychiques.

Pour le Docteur Lefrère, il y a 2 raisons principales à l'exclusion :

- Etre bénéficiaire de minima social
- Etre malade et susciter le rejet des autres

Une autre difficulté est l'absence d'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques. Elles ont du mal à trouver leur place dans le milieu adapté ainsi qu'en milieu ordinaire de travail. Dans les ESAT, les personnes souffrant de troubles psychiques ont un niveau de compétences trop élevées. Elles ne se retrouvent pas dans la mixité de population et les différents types de handicap qui cohabitent en ESAT.

Pour être dans l'intégration, il faut développer des prises en charge individuelles avec de la flexibilité au travail en terme d'horaire, présentation.... Le milieu ordinaire offre plus de possibilité, il est néanmoins nécessaire de faire un travail de déstigmatisation du handicap et explicitation des problématiques.

## L'accompagnement social des patients dans l'acceptation du handicap : élaboration d'un projet de sortie d'hospitalisation

Lisa PAILLAU, assistante sociale à l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches

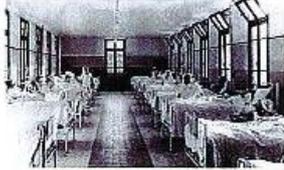
### Accompagnement social des patients dans l'acceptation du handicap : élaboration d'un projet de sortie d'hospitalisation

Lisa PAILLAU, assistante de service social hospitalière en service de Médecine physique et de réadaptation

### Présentation de l'Hôpital Raymond Poincaré



- Historique



Page 2

- Etablissement reconnu nationalement et internationalement



- Dépend de l'AP-HP puis du groupe des Hôpitaux universitaires de Paris Ile de France Ouest



### Présentation de l'équipe



Page 4



### Mission du service social Hospitalier (décret 28 mars 1993)

« De conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population et d'y remédier. »

Les assistants de service social sont soumis au secret professionnel comme le stipule le Code de l'action sociale et des familles

Page 6

### Interventions du service social hospitalier

- Protection de l'enfance et de la personne vulnérable
- Accès aux droits
- Accompagnement autour du projet de sortie
  - Orientation vers d'autres établissements (SSR, USP, Foyer, EHPAD...)
  - Retour au domicile (aide humaine, matérielle,...)

### Interventions du service social à Raymond Poincaré

- Accompagnement spécifique lié au handicap et à ses conséquences :
  - Accès ou maintien dans le domicile,
  - Mise en place d'aides humaines et techniques nécessaires,
  - Information et orientation liées à une indemnisation,
  - Insertion socio-professionnelle (UEROS, COMETE),
  - Accès aux loisirs.

Travail avec le patient et son entourage

Page 8

## Organisation

- Selon les services, travail systématique ou la demande. Nous n'intervenons pas sur prescription médicale.
- Entretiens individuels, collectifs et de famille
- Staffs, visites, synthèses médico-sociales
- Visites à domicile, accompagnement vers démarches extérieures (tribunaux, Préfecture, pré-admission, pouponnière...)

Page 9

## Nos partenaires



Assistant social



Partenaires externes



Partenaires internes

- cadre de soins
- Médecins
- les rééducateurs
- les soignants (IDE, AS...)
- binôme assistants sociaux
- Unité d'insertion (UEROS-COMETE)
- Frais de séjour
- Equipe mobile

- CPAM
- Mutuelles
- Conseils généraux
- MDPH
- Tribunaux, mandataires judiciaires et avocats
- Lieux de vie
- Etablissements spécialisés
- Famille et entourage
- Associations
- Services d'accompagnement domicile

Page 10

## Quelques Dispositifs

### La protection de l'enfance et les personnes vulnérables

- Évaluation de la situation personnelle et familiale
- Signalement



Attention, tout le monde peut signaler !!

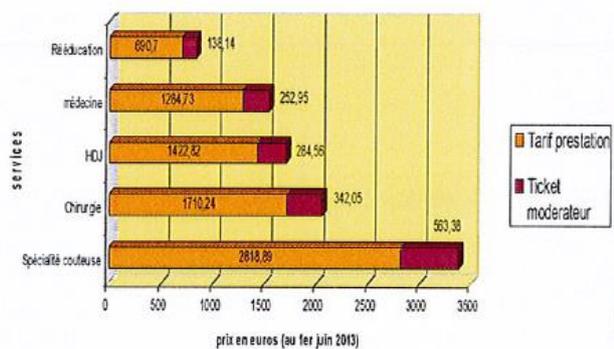
Page 12

### Ouverture de Droits

Différents dispositifs permettant la prise en charge de l'hôpital:

- Sécurité sociale pour les salariés, retraités, en invalidité, ayants droit,
- Affection Longue Durée ou 100 %
- Mutuelles,
- Dispositions particulières: CMU-CMUC, AME, assurances...

EXEMPLES DE PRIX DE JOURNÉE



Prix de journée revalorisé tous les ans et auquel s'ajoute le forfait hospitalier de 18 € par jour (13,5 € en psychiatrie)

Page 14

## L'Accès au Logement dans le cadre du handicap :

### ➤ Besoin d'adaptation

- Visite à domicile pour l'évaluation (voire mise en situation courses, cuisine, lessive,...)
- Argumentaire
- Aides à la recherche de financement ou appui logement

Page 15

## La Maison Départementale des Personnes Handicapées

- Loi du 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Guichet unique et interlocuteur principal des personnes handicapées de moins de 60 ans (adultes et enfants) et de leur famille pour faire valoir leurs droits (prestations) et pour l'organisation de leur vie quotidienne.
- Décisions prises par les CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie de la Personne Handicapée).



Page 16

## Prestations MDPH

- **Cartes** : carte d'invalidité et carte européenne de stationnement
- **AAH** : revenu minimum de la personne handicapée versée par la CAF (743€)  
Minimum en cas d'hospitalisation : 200€/mois
- **Orientation** : MAS, FAM, foyer d'hébergement, centre d'accueil de jour, dérogation d'âge, SAMSAH-SAVS
- **Professionnel** : RQTH, formation et orientation
- **Enfants** : AEEH, parcours de scolarisation



Page 17

## L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (1<sup>er</sup> Janvier 2002)

- Dispositif d'aide financière pour les + de 60 ans en perte d'autonomie (tierce personne, aides techniques, aménagement du logement, tarif dépendance en EHPAD)
- Ressources prises en compte sans critère d'exclusion  
Versement par le Conseil Général
- Evaluation de la perte d'autonomie : Grille AGGIR (GIR 1 = grabataire à GIR 6 = autonomie pour tous les AVQ)



## La Prestation Compensatrice du Handicap



- Aides humaines : auxiliaire de vie, aidant familial...
- Aides techniques/matériels/équipements : surcoût fauteuil roulant, audioprothèses...
- Aménagement du logement/ déménagement : travaux d'accessibilité (salle de bain, rampes, ascenseur...)
- Aménagement du véhicule/ surcoût du transport : (commandes au volant, boîte automatique, prise en charge pour transport adapté non pris en charge par la sécurité sociale...)
- Charges spécifiques et/ ou exceptionnelles : heures de conduite adaptée en vue de la régulation du permis.
- Aides animales : ex : chien pour les non voyants.



Page 18

Montant mensuel maximum variable en fonction du groupe iso-ressources (Gir) de rattachement

Gir	Montant mensuel maximum
Gir 1	1 312,67 €
Gir 2	1 125,14 €
Gir 3	843,86 €
Gir 4	562,57 €

Page 20

## Conclusion



*Ne pas oublier ces quelques évidences primordiales pour la prise en charge du patient :*

- Le choix du patient et de son entourage (dans l'élaboration de son projet)
- Le travail d'équipe (le patient a besoin des compétences de chacun)
- Le relais lors de la sortie (parfois vécue comme un abandon)

Page 21

## Présentation de la seule structure d'accueil et de socialisation de jour des Yvelines pour personnes cérébro-lésées

Intervention d'Emmanuel BARNEDES, animateur au GEM de Versailles

### *Gem Versailles Yvelines*

Un GEM pour cérébrólésés

#### Sommaire

- C'est quoi un GEM ?
- Et un GEM pour cérébrólésés ?
- Le nôtre, comment est-il ?
- On fait quoi dans ce GEM ?

#### Les Groupes d'Entraide Mutuelle

- Structures de prévention et de compensation
- Suivi par la DGCS, CNSA et l'ARS (financement)
- Structures non médico-sociales, fonctionnement souple, régies par la loi de 1901
- Association d'usagers adhérents et soutien d'un parrain

#### Principes de fonctionnement d'un GEM

- Cinq jours d'ouverture minimum, dont le samedi et/ou le dimanche
- 35 h minimum par semaine
- Avec ou sans animateurs (trices)
- Règlement intérieur
- Décisions prises collectivement
- Partenariats avec la commune d'implantation, la MDPH, SAVS, SAMSAH, autres GEM ...

#### Des séquelles à prendre en compte

- Troubles cognitifs, anosognosie, « handicap invisible »
  - Troubles du comportement et de l'humeur, « ni tout à fait le même, ni tout à fait un autres »
  - Troubles psychologiques associés
- 
- Une conséquence majeure, la solitude ...

#### Les GEM pour cérébrólésés

- 40 en France parrainés par l'AFTC
- 8 en Ile-de-France
- Encadrement spécifique des cérébrólésés

### **Le Gem Versailles Yvelines**

- Ouverture en avril 2010
- animateurs (trices) et bénévoles formés à la cérébralésion
- Ecoute, aide, gestion du groupe, projets individuels
- Intergem, soutien entre animateurs (trices), analyse, projets communs
- Fonctionnement en réseau

### **L'accompagnement des cérébralésés au Gem Versailles Yvelines**

- Rompre l'isolement et l'ennui
- Aider à la prise de conscience des déficiences et des efficacies
- Développer les relations interpersonnelles
- Stimuler des capacités préservées ou retrouvées
- Développer le sens des responsabilités

### **Les activités au Gem Versailles Yvelines**

- Un environnement modifiant, des interactions médiatisantes
- Equithérapie, journal, sophrologie, cuisine, musicothérapie art-thérapie, eux de réflexion, groupe de parole, sorties culturelles, jardinage ...
- Ce qu'ils en disent : « entraide, estime de soi, confiance en soi, tolérance, autonomie, compétences, repères, Plaisir ... »

### **Conclusion**

Redonner du sens à leur vie ...

## **Les nouveaux publics accompagnés : Monsieur A.** **Vignette écrite par un accompagnateur d'un SAVS des Yvelines**

Monsieur A est un homme de 37 ans. Celui-ci a subi un traumatisme crânien sévère en 2010 suite à une agression physique. Il en garde des séquelles cognitives dont des troubles de la mémoire, de concentration, d'attention, des atteintes physiques du côté gauche, un ralentissement psychomoteur et une désorientation temporo-spatiale. Il est très fatigable. Cet accident a eu des répercussions au niveau psychologique telles que : un comportement fluctuant avec une tendance à l'irritabilité en lien avec l'agacement ou la fatigabilité, des difficultés à accepter la frustration. Il est exigeant vis-à-vis de lui et des autres. Il est dans l'exigence de réponses immédiates.

Il a bénéficié de temps de rééducation conséquents auprès de services spécialisés auxquels il mit fin lorsqu'il a quitté l'HDJ en 2011.

Monsieur A est dans le déni de ses difficultés physiques et psychologiques et n'a plus aucun suivi médical à ce jour.

Monsieur A nous a été orienté par la CHL et a intégré le SAVS le 04/07/2014 avec pour projet une reprise de travail en MO, l'accès à un logement individuel et une aide dans les démarches administratives. Il exprime une certaine inquiétude quant à son avenir.

Monsieur A a eu une scolarité classique jusqu'en 3<sup>ème</sup> avec un suivi en orthophonie pour un retard de langage et/ou de parole. Il poursuivra par un CAP peinture en apprentissage qu'il n'obtiendra pas. Il travaillera 7- 8 ans comme ouvrier qualifié puis, ensuite comme peintre en intérim. Il était sans emploi au moment de son agression.

Après sa sortie de l'HDJ, il retourne au domicile familial puis, il déménage chez sa sœur où il restera pendant un an. Suite à des conflits avec cette dernière, il se voit contraint de louer une chambre à l'hôtel. Ses conditions de logement sont difficiles (insalubrité, installation sanitaire défectueuse, absence de cuisine, cohabitation difficile avec les voisins, interdiction de recevoir des amis ou famille..).

Description de la démarche d'accompagnement, des difficultés rencontrées et des stratégies proposées :

### Faciliter l'organisation de la vie quotidienne de Monsieur A :

Dans un premier temps, la démarche du SAVS a été d'évaluer les conséquences des troubles de Monsieur A dans l'organisation de sa vie quotidienne et de constater les stratégies mises en place par ce dernier pour y faire face. Le SAVS constate un oubli systématique de ses rendez-vous médicaux, administratifs, SAVS.... Monsieur A ne semblait pas soucieux de ces oublis et n'en percevait pas les incidences et/ou méfaits.

Afin de lui permettre de pallier à ses oublis récurrents du fait de ses troubles de la mémoire à court et long terme, le SAVS lui a proposé des outils comme l'utilisation d'un agenda pour qu'il puisse s'y référer au quotidien. L'objectif n'était pas de supprimer les troubles mais de tenter de les compenser. Cet outil lui a permis d'organiser et de répondre à la gestion des contraintes de son quotidien, de favoriser ses démarches administratives, de permettre la fréquence et la qualité des rencontres avec le SAVS, d'honorer ses rendez-vous médicaux.... Monsieur A a su investir cet outil qu'il utilise encore à ce jour régulièrement.

Conjointement Monsieur A souhaitait reprendre une activité professionnelle en MO :

Mais les difficultés de santé de Monsieur A apparaissaient comme incompatibles avec les contraintes et exigences de l'emploi et de ce fait ne lui permettaient plus de travailler dans le milieu ordinaire à temps plein. Mais Monsieur A ne semblait pas en avoir conscience. Lors des rencontres et entretiens, le SAVS a tenté d'amener Monsieur A à prendre conscience de ses difficultés physiques et psychologiques. Mais pour Monsieur A, la rupture avec sa vie antérieure restait difficile à accepter. Cette impossibilité d'un retour vers l'emploi en MO, Monsieur A ne pouvait l'envisager. Pour permettre à Monsieur A d'aborder cette réalité, il a été nécessaire de le confronter aux exigences du milieu professionnel en MO en lui proposant d'effectuer un stage. C'est ainsi qu'il a déposé sa candidature auprès de la mairie pour un emploi d'agent de voirie. Pour effectuer ce stage un certificat médical avait été nécessaire. Au regard de ses restrictions médicales, sa candidature a été refusée et le stage n'a pu être réalisé. Cette démarche a contraint Monsieur A à se confronter à la réalité et à mettre en exergue ses propres limites. Le travailleur social a pu alors s'appuyer sur le constat de ce tiers pour faire valoir une proposition d'évaluation par l'Unité d'Evaluation de Réentraînement et Orientation Sociale et/ou professionnelle spécifique et adaptée aux personnes cérébro-lésées.

Malgré de nombreuses rencontres et échanges entre le SAVS et Monsieur A ainsi qu'une rencontre avec un professionnel de l'unité, Monsieur A n'a pas souhaité intégrer cette unité. Face à cette impasse, le SAVS a proposé de prioriser l'accès vers un logement pour mettre à distance quelque temps, la problématique du travail.

Rappelons que la situation locative de Monsieur A, était très compliquée. Monsieur A exprimait régulièrement son besoin de vivre dans un lieu calme et sécurisant.

Le SAVS s'appuie alors sur le soutien d'une assistante sociale de secteur pour appuyer la demande de logement. Cet accompagnement conjoint a permis à Monsieur A de bénéficier rapidement d'un logement répondant à son besoin de sécurité et de « confort ».

Le SAVS a alors accompagné Monsieur A dans l'appropriation de son logement et l'utilisation de l'agenda. Après quelques mois, monsieur semblant apaisé et prêt à réinvestir l'emploi, le SAVS à réitérer auprès de Monsieur A sa proposition : bénéficier d'une évaluation par l'UEROS.

Ce dernier a accepté et est, à ce jour, engagé dans cette démarche depuis septembre 2015.

- **L'intervention de tiers pour permettre l'acceptation des difficultés ?**
- **Mettre à distance certaines difficultés lorsqu'elles sont trop prégnantes ?**
- **Les besoins fondamentaux, des prérequis souvent oubliés ?**
- **Quand les besoins et difficultés sont multiples peut-être est-il nécessaire de définir des priorités d'accompagnement afin de permettre à la personne accompagnée de satisfaire des besoins fondamentaux pour, par la suite, être en capacité de se mobiliser et mettre au travail d'autres difficultés ?**
- **Le partenariat, un atout essentiel dans un accompagnement SAVS ?**

## **Les nouveaux publics accompagnés : Monsieur D.** **Vignette écrite par un accompagnateur d'un SAVS des Yvelines**

Monsieur D est âgé de 60 ans. Nous l'accompagnons depuis maintenant quatre ans. Cet ancien technicien, qui a pu se décrire par le passé comme une personne joviale, extravertie, et engagée, a connu un parcours de vie autonome jusqu'en 2006. Cette même année, Monsieur se retrouve hospitalisé pour la première fois. A sa sortie, Monsieur ne se sent plus en capacité de retourner vivre seul et ne trouve pas d'autres alternatives que celle de revenir vivre chez ses parents.

Les premiers temps de l'accompagnement se déroulent au café, afin de commencer tranquillement à faire connaissance. En effet, Monsieur s'étant isolé depuis quelques années dans la maison familiale n'a que très peu de contacts sociaux. Il est difficile pour lui de se déplacer jusqu'au service d'accompagnement pour un entretien. Sa principale demande était pourtant qu'on l'aide à retrouver de l'autonomie. Prendre une douche, se préparer, s'organiser pour être à l'heure, pour enfin sortir de chez soi....ainsi commence le long travail vers l'autonomie.

Petit à petit, un lien de confiance se tisse. Ainsi, nous accompagnons Monsieur dans diverses démarches d'accès aux droits, à la santé, le soutenons pour prendre les transports en commun et pour profiter de moments de socialisation autres que ceux qu'il connaît avec des professionnels. Après plusieurs allers-retours et incertitudes dans ses projets, Monsieur bénéficie maintenant d'un temps d'activité régulier, pour lequel il se rend par le biais d'un service d'aide à la mobilité.

Lors de l'actualisation de son projet d'accompagnement, celui-ci nous a indiqué apprécier ces temps de rencontres hebdomadaires qui sont pour lui le seul contact qu'il peut avoir en une semaine. En effet, le milieu familial dans lequel vit Monsieur est complexe. D'après lui, sa mère est infantilisante et son père le méprise. Nous avons d'ailleurs été témoins d'échanges peu valorisants entre la mère et son fils. Les partenaires nous ont également informés d'un diagnostic de maladie d'Alzheimer pour le père de Monsieur. En parallèle, les temps d'entretiens sont envahis par la plainte de Monsieur qui décrit une ambiance pesante au domicile. Au vu du contexte familial et de l'âge des parents, l'équipe s'inquiète de ce qu'il adviendra de Monsieur lorsque sa mère vieillissante, qu'il décrit comme omniprésente viendra à décéder. Nous l'aidons alors dans la recherche d'un lieu de vie. Monsieur choisit et oriente ses visites pour déposer un dossier dans un Foyer d'Accueil Médicalisé hors du département. Ainsi, nous espérons qu'il pourra avoir un mode de relation à ses parents autre que celui qu'il connaît actuellement.

Alors que nous avons indiqué à Monsieur que les délais d'attente sont importants, il se voit recevoir une proposition d'accueil temporaire rapidement. A notre surprise, Monsieur décline la proposition en avançant que l'hiver n'est pas une bonne saison pour prendre la route. Les échanges et les incompréhensions se feront nombreux lors des entretiens suivants. Nous nous retrouvons frustrées et nous nous épuisons à chercher une raison que Monsieur ne parviendra peut-être jamais à exprimer. Au fur et à mesure des temps de réunion d'équipe et d'intervision, nous parvenons à entendre que nous projetons nos propres appréhensions et nos propres désirs. En effet, Monsieur formulait au départ une demande pour retrouver de l'autonomie. Nous avons supposé ce désir de quitter le domicile familial

pour ce Monsieur. Pour lui, cela reviendrait à abandonner ses parents. Puis, nous comprenons qu'envisager la vie en collectivité tous les jours alors même qu'il n'est habitué qu'à quelques mots au quotidien est difficilement envisageable pour le moment. Nous avons fini par comprendre que Monsieur n'est pas prêt à partir et nous l'acceptons.

Nous comprenons également que dans les contextes familiaux difficiles, les systèmes parviennent à se rééquilibrer même lorsqu'un proche décède. Nous ne pouvons craindre pour Monsieur un contexte que nous ne connaissons pas et qui de plus, semble le structurer. Nous encourageons maintenant Monsieur à se maintenir dans des espaces où il peut conserver un minimum de liens sociaux. Dans cette idée, l'orientation dans un lieu de vie sera peut-être moins difficile à vivre, lorsque ses parents ne seront plus présents. Lors de la réécriture de son projet d'accompagnement, nous avons imposé des temps d'échanges collectifs à Monsieur au service d'accompagnement. Le côté obligatoire est discutable, cependant nous savons que la prise d'initiatives est compliquée pour les personnes présentant des troubles psychiques. Monsieur a également une marge de manœuvre possible. Il peut annuler les trajets réservés auprès de son transporteur, sans avoir à se justifier. Monsieur a ainsi honoré tous les temps d'échanges collectifs qui lui étaient proposés et y prend part de manière très positive.

Cette vignette illustre à quel point la notion de temps est importante dans la maladie psychique. Ces allers-retours sont parfois nécessaires pour structurer un projet qui pourra par la suite être mené à bien. Cet écrit doit pouvoir permettre de rendre compte de la difficulté à se projeter pour les personnes avec des troubles psychiques. Le soutien apporté à la personne pour faire émerger ses désirs sans pour autant les influencer est un travail au quotidien.

## Les nouveaux publics accompagnés : Le colibri

### Vignette écrite par un accompagnateur d'un SAVS des Yvelines

« Le colibri a (...) la possibilité de la marche avant (...) mais aussi de la marche arrière, il s'arrange pour s'approcher des fleurs, juste ce qu'il faut pour reculer s'il est trop près, ré-avancer s'il est trop loin. » Cette citation de Carl Rogers donne une base sur la notion de bonne distance. Lorsque vous créez un lien avec le bénéficiaire, il existe un risque : celui de la relation. Mais, cette relation est indispensable afin de créer un lien de confiance. Chaque professionnel a sa propre façon d'interagir avec un usager afin de créer une relation de confiance. Nous sommes formés à cela, à chaque entretien, nous dévoilons de nous-mêmes « sous la casquette du professionnel ». Nous nous remettons en question, nous échangeons en équipe, nous possédons des outils (supervision, réunion) afin de rester dans une posture professionnelle. Mais qui peut nous assurer qu'un bénéficiaire en face de nous, ne verra pas cette relation de confiance comme une relation amicale ? Si j'évoque cette notion de risque de la relation, c'est parce que je me suis trouvé en difficulté avec un bénéficiaire. Celui-ci a pensé qu'une relation « amoureuse » était envisageable. Il m'est difficile d'expliquer ce qui a pu lui laisser penser qu'une relation de ce type était possible car, ayant perçu certains propos, j'avais à plusieurs reprises, replacé le cadre de mon intervention. Mais, cette personne est allée jusqu'au contact physique.

Ma première réaction, à chaud, a été de le reprendre puis de dire je vais quand même continuer l'accompagnement car je suis professionnelle.

Puis la réflexion avec mes collègues et la prise de recul m'ont permis de penser autrement : être professionnel n'est-ce pas également de reconnaître et d'accepter ses limites ? Mes limites, en l'occurrence, sont de ne pas accepter un contact physique, de ne pas accepter un comportement (verbal par exemple) qui puisse faire preuve d'un manque de respect.

De plus, notre accompagnement n'est-il pas de montrer aux personnes les limites et le cadre à respecter dans notre société ?

Je crois qu'au quotidien, nous sommes tous à un moment donné confronté à des situations nous demandant une réflexion sur nos propres acceptations. Outre cette situation, il m'est arrivé d'avoir des échanges virulents avec une personne accompagnée.

Je pense que nous pouvons entendre le désarroi des personnes qui, parfois, nient la maladie et n'ont comme arme face à leur impuissance, que le rejet et la violence. Mais, devons-nous pour autant accepter sans remettre la personne face à ses responsabilités ? Sans alerter les acteurs du soin qu'une personne n'est peut-être pas à même d'être accompagnée car elle doit travailler sur sa maladie auparavant ?

Ces situations peuvent, d'une manière ou d'une autre, arriver à n'importe quel professionnel : c'est le risque de la relation. Je pense que ce risque doit être pris en compte par chacun, chaque professionnel devrait accepter de dire « je suis un professionnel, je suis un être humain et j'ai aussi mes limites ». Chaque institution doit également prendre conscience de ces risques et apporter la possibilité à ses salariés d'avoir des outils pour prendre du recul et travailler cette notion de risque. Chaque institution doit également pouvoir échanger avec les lieux de soins sur les risques connus dans le lien à créer avec la personne accompagnée ou à accompagner.

En conclusion, si les professionnels du soin, de l'accompagnement s'accordent des espaces d'échange, se reconnaissent en tant que personne porteuse d'une connaissance mais également en tant qu'être humain, ne va-t-on pas dans le sens d'un meilleur accompagnement pour nos bénéficiaires ?

**Annexes :**

- 1. programme de la journée**
- 2. plaquette du M.A.I.S.**

Le 03 décembre 2015  
9h/17h

**Tarif de la Journée**  
20 € par personne repas inclus  
**Les fiches d'inscriptions sont à retourner avant**  
**le 3 novembre 2015**  
**à l'adresse ci-dessous**

[savslarencontre@delos78.fr](mailto:savslarencontre@delos78.fr)  
114 rue de Versailles - 78150 le Chesnay  
Tél : 01 39 55 04 53

**Lieu de la journée**



Salle Voltaire  
Place du 08 Mai 1945 - 78330 Fontenay le Fleury

**L'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, de lésions cérébrales**

Présentation, réflexion et nouvelles perspectives ...

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.) et Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (S.A.M.S.A.H.) du département des Yvelines se retrouvent régulièrement pour échanger sur leurs pratiques (pratiques professionnelles, politiques sociales, questions d'organisations, questions d'accompagnement, réflexion sur l'évolution des publics...). Ces rencontres se tiennent dans le cadre du Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale (M.A.I.S. [www.mais.asso.fr](http://www.mais.asso.fr)).

A l'occasion de ces rencontres, la question de l'adéquation des moyens des services au regard de l'évolution des demandes et des besoins des personnes susceptibles d'y être accompagnées revient régulièrement dans les échanges et soulève un certain nombre de questions.

Les premiers Services d'accompagnement créés dans les années 70 ont été pensés pour accompagner des personnes souffrant de déficiences intellectuelles. La loi du 11 février 2005 redéfinit le handicap et retient la notion de handicap psychique pour les personnes limitées dans leur participation à la vie sociale du fait de leurs souffrances et de leurs troubles psychiques. Le décret de mars 2005 officialise les S.A.V.S. et crée les S.A.M.S.A.H. Depuis maintenant 10 ans, ces services constatent une diversification des pathologies et des déficiences des personnes qu'ils accompagnent. Certains S.A.V.S. se sont spécialisés pour accueillir un public spécifique (Déficience motrice ou sensorielle, personnes traumatisées crâniennes...).

L'évolution des demandes et des besoins d'accompagnement a lieu dans un contexte marqué par les prémices de la désinstitutionnalisation, le transfert de l'accompagnement social des malades psychiques du secteur psychiatrique vers le secteur médico-social ainsi qu'un réajustement des moyens financiers et humains consacrés au secteur par les Conseils Départementaux qui financent les S.A.V.S. et les S.A.M.S.A.H. (hors personnels soignants)

Le Conseil Départemental des Yvelines a pris en compte cette diversité et plus particulièrement les besoins d'accompagnement des personnes présentant un handicap psychique et des lésions cérébrales dans l'appel à projet de mars 2015.

Depuis ces quinze dernières années, les S.A.V.S. du département des Yvelines accompagnent de plus en plus, voire essentiellement, des personnes ayant des déficiences psychiques avec des pathologies plus ou moins stabilisées. Par ailleurs, nous observons une augmentation des demandes d'accompagnement de personnes traumatisées crâniennes ou cérébro-lésées. Toutes ces personnes sont accompagnées dans le cadre de leur projet de vie en milieu ordinaire.

Face à ces nouveaux publics, et donc face à de nouveaux besoins, les SAVS sont amenés à se questionner sur les moyens humains et les compétences mobilisées pour mener à bien leurs missions.

Quelles sont les spécificités de ces publics (connaissance de la pathologie, de ses évolutions, des besoins) ? Quelles compétences professionnelles sont à développer ? Quelles pratiques d'accompagnement sont à privilégier ou à imaginer ? Quelles limites de l'accompagnement pour les SAVS avec ces nouveaux publics ? Quelles modalités d'articulations avec les partenaires ?

Cette journée de réflexion se propose de mettre en perspective ces questionnements.

Roger Drouet, président du M.A.I.S sera présent durant cette journée pour participer aux échanges et présenter la vie du Mouvement et les travaux en cours au niveau national.

**Déroulement de la journée**

9h accueil autour d'un café

9h30 Introduction de la journée

10h/11h **Frédéric Lefrère** psychiatre RPSM 78. Equipe de liaison Handicap psychique : quelle place pour les SAVS ?

La psychiatrie de secteur s'est développée autour de l'accompagnement dans la cité des patients autrefois soignés à l'asile. De nombreuses structures ont été ouvertes pour faciliter les soins, l'accompagnement et l'insertion des patients dans la ville. Dans ces conditions, quelle place peuvent prendre les SAVS ?

**INTERMEDE**

11h15/12h15 **Nicole Marlier** orthophoniste Hôpital Raymond Poincaré Garches Les lésions cérébrales et les conséquences sur la vie de la personne

12h30/14h Repas (plateau repas pris sur place + café)

14h/14h50 **Philippe Brun** médiateur de santé pair Hôpital Charcot Plaisir secteur 11 Présentation du rôle de pair aidant :

Comment vivre avec un trouble psychique ?  
Comment le transposer en compétences professionnelles ?  
Comment accompagner les personnes à partir de son expérience personnelle ?

**INTERMEDE**

15h/15h50 **Lisa Paillau** assistante sociale Hôpital Raymond Poincaré Garches L'accompagnement des personnes dans l'acceptation du handicap et l'élaboration d'un projet de vie (préparation à la sortie d'hôpital et perspectives d'avenir ...)

15h50/16h40 **Emmanuel Barnades** animateur GEM Versailles Présentation de la seule structure d'accueil et de socialisation de jour des Yvelines pour personnes cérébro-lésées

16h40/17h Clôture de la journée



## Notre fonctionnement

Association loi 1901, le siège social du M.A.I.S. est à Lyon.

L'association est constituée d'acteurs concernés par l'accompagnement social, regroupés en **groupes régionaux**, afin d'organiser des journées d'études, de formation, ou d'échange. Chaque groupe est coordonné par un animateur.

Le Conseil d'Administration et les animateurs des régions se retrouvent au siège deux fois par trimestre.

Les commissions de recherche et de formation ont lieu une fois tous les deux mois et sont ouvertes aux animateurs des régions.

Pour vous, acteur et actrice du social, la véritable plus-value d'une adhésion au M.A.I.S. est l'engagement dans le groupe de votre région afin de participer aux réflexions et aux échanges concernant vos pratiques et expériences.

Rejoignez-nous :  
le M.A.I.S., c'est vous !



Le Conseil d'Administration de M.A.I.S.

## Nos actions

- Les Journées **Nationales** de Formation (JNF), organisées chaque année dans une région différente.
- Les Rencontres **Régionales** de professionnels de l'accompagnement.
- Des **formations** sur sites auprès des professionnels et auprès des personnes accompagnées.
- Des actions de **plaidoyer** auprès des élus des collectivités territoriales, du Ministère des affaires sociales pour faire reconnaître la parole du Mouvement et l'identité des Services d'Accompagnement.



Les formateurs de M.A.I.S.

*C'est dans l'échange d'expérience que les uns et les autres peuvent s'enrichir !*



M.A.I.S.  
42 rue de Marseille, 69007 Lyon  
04 72 71 96 99 - mais@mais.asso.fr

www.mais.asso.fr  
www.facebook.com/  
mouvement.accompagnement.insertion.social

Association Loi 1901 inscrite au J.O. du 11 février 1987 sous le n°6  
Agréée formation permanente depuis 1997



Association nationale d'acteurs concernés par l'accompagnement de personnes en difficulté d'insertion sociale, professionnelle, et en situation d'exclusion.



## Nos objectifs

- Promouvoir la **réflexion**, la formation et l'expression des intervenants sociaux à l'échelon local, régional et national.
- Favoriser la mise en **réseau** des acteurs de l'accompagnement.
- Développer la **recherche** et l'élaboration de projets concernant l'accompagnement social et/ou professionnel de personnes en difficulté d'insertion.
- Participer à l'évolution de la **réglementation** en étant force de proposition auprès de ministères et des collectivités territoriales concernées.

## Nos formations

Des formations à destination des professionnels

Nous développons et mettons en œuvre des formations en rapport étroit avec vos besoins. Nos formations se positionnent au croisement des problématiques d'actualité du secteur de l'accompagnement et de nos savoir-faire en matière de formation continue, d'aide à l'élaboration de projet et d'accompagnement au processus d'évaluation.

Des formations à destination des personnes accompagnées

Nous affirmons la volonté de reconnaître dans chaque personne accompagnée un homme ou une femme en quête d'une autonomie la plus élargie possible, en capacité de faire ses propres choix, de prendre sa place dans la cité.

## Le sens de notre engagement

Nous revendiquons et affirmons une posture **éthique** qui se décline dans les pratiques d'accompagnement social :

- Instaurant un mode de **relation** et d'**agir** animé par l'accueil et le respect d'autrui, dans sa **différence** et dans son **altérité**.
- Valorisant l'**écoute** et la **parole**, celle de l'accompagnant et celle de la personne accompagnée.

Par une démarche de réflexion sur nos pratiques professionnelles, nous posons une clinique de l'accompagnement fondée sur une **pensée critique** qui s'alimente de différentes disciplines en sciences humaines.

Nous revendiquons aussi une position de **résistance** face aux tentatives de marchandisation du travail social.