

**Dossier
technique**

Avril 2017

Troubles psychiques

Guide d'appui pour l'élaboration de réponses
aux besoins des personnes vivant
avec des troubles psychiques

Sommaire

Préambule	3
Objectifs et cible	7
Méthodologie	11
I. Les troubles psychiques et les situations de handicap d'origine psychique	13
1. Caractérisation des troubles psychiques sévères et persistants	14
2. Caractérisation des situations de handicap d'origine psychique	25
II. La démarche diagnostique	29
1. Les volets et les principaux enjeux de la démarche diagnostique	30
2. Les acteurs de la démarche diagnostique	34
III. La démarche d'évaluation de la situation et des besoins par la MDPH	37
1. Les informations nécessaires aux MDPH pour identifier les besoins	38
2. Les besoins de compensation et leur identification : la démarche d'évaluation	46
3. Spécificités de la démarche d'évaluation	49
4. Des clés de lecture pour l'utilisation du GEVA	50
IV. Acteurs et dispositifs susceptibles d'être mobilisés pour répondre aux besoins identifiés	81
1. Les supports de formalisation des réponses proposées par les MDPH	84
2. Le parcours scolaire et la préparation du projet professionnel	86
3. L'accès et le maintien dans le logement	88
4. L'accès et le maintien dans l'emploi	90
5. Les réponses possibles en matière de santé	94
6. Les services sociaux et socio-judiciaires	97
7. Les services médico-sociaux	98
8. Les établissements médico-sociaux d'accueil et d'hébergement	101
9. D'autres acteurs et dispositifs pour l'inclusion	103
V. Les autres prestations dans le cadre du droit à compensation	107
1. L'allocation aux adultes handicapés	107
2. La prestation de compensation du handicap	112
3. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments	128
4. La carte mobilité inclusion	130
VI. Le guide-barème	133
Annexes	137

Préambule

Dans un contexte où les demandes de compensation des personnes vivant avec des troubles psychiques augmentent et où les acteurs de l'accompagnement et de la prise en charge au niveau local mobilisent des sources et pratiques différentes, les équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont exprimé le besoin de disposer d'un état des lieux de l'existant. Afin d'améliorer l'élaboration de leurs réponses de compensation, elles souhaitent mettre à jour et développer leurs connaissances des troubles psychiques et de leurs conséquences dans la vie quotidienne, des professionnels à mobiliser et des dispositifs à actionner.

Ce guide vise à répondre aux questionnements des équipes des MDPH dans l'appréhension des troubles psychiques, par exemple : que recouvrent ces troubles ? Sur quelles données scientifiques s'appuyer ? Quelles sont les différentes limitations d'activités et restrictions de participation qu'ils sont susceptibles d'impliquer ? Faut-il adapter l'évaluation de la situation et des besoins des personnes présentant ces troubles et comment la réaliser ? Quels partenaires doivent être sollicités ? Quels sont les différents types et modalités de prises en charge ? Quelles réponses apporter en termes de compensation ?

Au regard des échanges issus de groupes de travail avec les équipes des MDPH ou des résultats d'enquêtes ayant recueilli et analysé leurs expériences et pratiques, ces situations relatives aux troubles psychiques comptent parmi les plus difficiles à appréhender pour les MDPH. La connaissance des troubles et de leurs retentissements, la connaissance des pratiques des partenaires et de l'offre à mobiliser reste fragile.

La CNSA a ainsi piloté le travail d'élaboration de ce guide technique d'appui aux pratiques des professionnels en associant les acteurs concernés par la problématique. Ce guide s'inscrit dans la logique d'appui de la Caisse aux pratiques des équipes des MDPH. La CNSA accompagne en effet les MDPH et a un rôle essentiel dans l'animation de ce réseau pour :

- permettre l'échange d'expériences et d'informations entre les départements ;
- diffuser les bonnes pratiques en matière d'accueil, d'évaluation des besoins, d'organisation et de suivi des décisions ;
- favoriser la comparaison dans le temps et sur le territoire des services rendus aux personnes accueillies par les maisons départementales afin de garantir l'égalité de traitement.

Ce guide a donc été conçu au regard **des missions des MDPH**, en particulier :

- l'évaluation des situations et des besoins de compensation ;
- l'élaboration du plan de compensation ;
- l'attribution des prestations et des orientations, scolaire, médico-sociale ou professionnelle.

Par ailleurs, il s'inscrit plus largement dans d'autres chantiers dépassant le champ des troubles psychiques : le projet IMPACT¹ et la révision des documents obligatoires à transmettre aux MDPH (certificat médical et formulaire de demande), le projet SERAFIN-PH² et la mise en œuvre des préconisations du rapport « Zéro sans solution »³ par la mission « Une réponse accompagnée pour tous », qui comprend notamment le dispositif d'orientation permanent instaurant le plan d'accompagnement global (PAG). Ce dispositif (présenté dans le chapitre IV) a pour but d'offrir une réponse aux personnes pour lesquelles une proposition d'orientation par les équipes des MDPH, décidée par les membres des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), ne peut être immédiatement mise en œuvre. Enfin, le guide s'inscrit aussi dans le volet consacré au handicap psychique de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale⁴.

1 IMPACT : innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires.

2 SERAFIN-PH : services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées.

3 PIVETEAU Denis. « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Paris : ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014.

4 Les documents sont disponibles sur le site du Comité interministériel du handicap : <http://www.gouvernement.fr/documents-du-cih>

L'ensemble de ces travaux⁵ et mesures participe à la construction de réponses à destination des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Ces chantiers, menés de façon imbriquée, soulignent la place importante accordée aux relations de coopération entre les différents acteurs concernés par ces situations. Optimiser cette coopération et élaborer les réponses les plus adaptées aux situations individuelles nécessitent de développer un langage commun et partagé de la définition de handicap et des pratiques d'évaluation multidimensionnelle et d'identification des besoins. Le présent guide a vocation à contribuer au développement de ce langage commun et partagé.



Si ce guide porte spécifiquement sur les situations de handicap d'origine psychique, il vient en complément d'autres supports ou actions d'accompagnement des pratiques professionnelles, comme les formations. Par ailleurs, il doit permettre d'apporter des repères sur les troubles psychiques, leurs retentissements possibles, les acteurs concernés et les réponses mobilisables. Du fait notamment de la diversité des troubles et de leur impact, de leur variabilité et des effets liés aux facteurs personnels et environnementaux, les réponses abordées dans ce guide doivent être personnalisées.

Dans ce processus d'élaboration de réponses personnalisées de compensation, les observations et informations transmises par l'entourage social ou familial de la personne et par les professionnels de l'accompagnement et de la prise en charge sont fondamentales. Néanmoins, il convient d'accorder une attention tout aussi importante à la formulation de la demande par la personne, à l'expression par elle-même de son parcours, de son vécu, de ses besoins, de ses difficultés, de ses capacités et de ses ressources. L'articulation de l'ensemble de ces informations doit permettre de connaître plus finement une situation individuelle et de proposer des réponses plus adaptées et personnalisées.

Le premier chapitre de ce guide est consacré à la caractérisation des troubles psychiques et des situations de handicap qu'ils sont susceptibles d'induire. Il vise à porter à la connaissance des équipes des MDPH des informations concernant ces troubles et leurs retentissements dans les différents aspects de la vie. Ces informations doivent leur permettre de mieux appréhender les situations vécues par les personnes concernées ainsi que les données transmises par leurs divers partenaires, y compris par les personnes elles-mêmes.

La démarche diagnostique fait l'objet du **deuxième chapitre**. S'il n'est pas attendu des MDPH qu'elles posent le diagnostic, le guide traite néanmoins ce point pour les accompagner dans la compréhension des modalités de cette démarche et des données qu'elles reçoivent au travers des certificats médicaux et autres documents.

⁵ En complément, la Haute Autorité de santé (HAS) a prévu l'élaboration d'une recommandation intitulée *Handicap psychique : bonnes pratiques de rédaction de certificat pour les maisons départementales des personnes handicapées*, dans son programme de travail.

Le troisième chapitre aborde la démarche d'évaluation des situations individuelles et d'identification des besoins, réalisée par les équipes pluridisciplinaires des MDPH pour proposer des réponses de compensation. Le contenu de ce chapitre comporte des éléments à prendre en compte pour analyser les situations de handicap d'origine psychique. L'accent est mis non seulement sur **les informations à transmettre par les partenaires, nécessaires et attendues par les équipes des MDPH pour enclencher la démarche d'évaluation** (altération de fonction, réalisation d'activité et participation sociale), mais aussi sur **la définition de certains items « activités et participations » du Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA)**, outil réglementaire national pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH. Ce chapitre met donc en évidence les spécificités de cette démarche d'évaluation et définit certaines activités et participations susceptibles d'être les plus difficiles à appréhender pour ces situations et les composantes ou les formes qu'elles peuvent prendre. Si le GEVA est l'outil réglementaire des équipes des MDPH, il est primordial que leurs partenaires s'approprient ses caractéristiques et les concepts qui le sous-tendent pour développer une culture commune de l'évaluation des situations individuelles de handicap en vue de leur compensation et, de fait, pour comprendre les informations attendues par les MDPH. **Ce troisième chapitre concerne ainsi l'ensemble des acteurs impliqués dans l'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères et persistants.**

Les acteurs et dispositifs susceptibles d'être mobilisés, avec ou sans recours à la MDPH, pour répondre aux besoins identifiés font l'objet du **quatrième chapitre** de ce guide. Leur description ne donne pas lieu à un « classement » selon des critères de priorité, d'importance ou indiquant une quelconque chronologie dans leur mise en œuvre. L'un des enjeux majeurs étant d'améliorer la fluidité des parcours des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères et persistants, ces réponses proposées, non exhaustives, doivent être articulées successivement ou conjointement, pour une stratégie globale d'intervention.

Enfin, **les derniers chapitres, cinq et six**, abordent les autres réponses : les prestations dans le cadre du droit à compensation, qui s'inscrivent dans les dispositifs de droit spécifique et qui nécessitent de s'adresser aux MDPH. Des éclairages et des repères sont apportés sur ce qu'elles recouvrent ainsi que sur leurs conditions d'accès, cadrées par des textes réglementaires. Le guide-barème, outil mis réglementairement à disposition des équipes des MDPH pour leurs missions d'étude des critères d'éligibilité à certaines prestations, est également présenté. Ces parties n'ont pas vocation à se substituer à la formation des équipes des MDPH sur ces sujets, mais à mettre en avant les éléments principaux qu'elles doivent retenir au regard des situations de handicap d'origine psychique. Ces parties visent aussi à porter à la connaissance des partenaires des MDPH les données nécessaires aux équipes des MDPH pour qu'elles puissent étudier l'éligibilité à ces prestations ou déterminer la fourchette de taux d'incapacité.

Ce guide répond à une volonté d'harmonisation des pratiques, d'égalité de traitement et d'équité des réponses.

Il prend appui sur les données actuelles, reprises récemment par le Conseil national de santé mentale.

Il a vocation à être mis à l'épreuve du terrain, à évoluer et à être enrichi par les observations des équipes, les résultats de la recherche, les publications et les évolutions réglementaires à venir.

Objectifs et cible

Ce guide vise à apporter un éclairage sur les références, pratiques et outils existants afin de **développer une culture commune à l'ensemble des acteurs concernés par l'évaluation des situations individuelles de handicap dont les troubles psychiques sont à l'origine, en vue de leur compensation**. Il n'a pas pour objet de fixer une procédure unique d'évaluation des besoins et d'élaboration de réponses ni de proposer des « recettes » toutes prêtes qui seraient appliquées par l'ensemble des MDPH. Il vise plutôt à proposer un premier niveau de réponses aux difficultés rencontrées fréquemment par les équipes pluridisciplinaires des MDPH. Par ailleurs, chaque MDPH pourra trouver sur son territoire des partenariats et des actions adaptées aux particularités locales pour répondre aux besoins des usagers.

Ce guide doit permettre de partager les références et les connaissances (des troubles et de leur impact dans la vie quotidienne et sociale) et de favoriser les coopérations en développant un langage commun des particularités des troubles psychiques, des pratiques et des cadres d'intervention de chacun des professionnels concernés par l'accompagnement des personnes.

Il doit également permettre de mieux structurer les démarches de diagnostics et de bilans individuels (en précisant les éléments indispensables pour les MDPH), la démarche d'évaluation de la situation et des besoins de la personne en situation de handicap psychique par les MDPH ainsi que les modalités de réponses possibles.

Les objectifs principaux de ce guide sont les suivants :

- améliorer les connaissances des MDPH sur les troubles psychiques (leur caractérisation, leur impact fonctionnel dans la vie quotidienne...) ;
- améliorer leurs connaissances de la démarche diagnostique et des acteurs concernés ;
- améliorer leurs connaissances des prises en charge et des accompagnements possibles ainsi que des acteurs concernés ;
- contribuer à l'appropriation des éléments nécessaires pour l'évaluation des situations et l'identification des besoins par les équipes pluridisciplinaires des MDPH ;
- favoriser la connaissance partagée de ces éléments par les partenaires des MDPH ;
- faciliter la construction des réponses par rapport aux besoins identifiés ;
- harmoniser les pratiques d'évaluation des situations, d'identification des besoins et d'élaboration de réponses de compensation.



Ce guide n'est pas :

- une analyse critique des outils et pratiques, des textes législatifs et réglementaires, des travaux scientifiques ;
- un argumentaire pour une révision des textes réglementaires ou pour une évolution de l'offre ;
- une recherche de consensus sur les dénominations des troubles ;
- une recommandation de bonnes pratiques professionnelles ;
- un support pour la promotion de nouvelles pratiques ou organisations ;
- un outil de standardisation des réponses de compensation possibles ;
- un rapport public ou un plan d'action ;
- à lui seul, un moyen de se former sur les sujets qu'il aborde (connaissance des troubles, pratique de l'évaluation et de l'utilisation du GEVA, compréhension des outils d'éligibilité et de l'application aux différentes prestations).

Il est :

- une grille de lecture commune des situations de handicap liées à des troubles psychiques ;
- un état des lieux actuel des démarches, dispositifs, pratiques et outils ;
- un apport de repères, de référentiels et de pratiques existants ;
- un outil complémentaire aux autres supports et actions d'accompagnement ;
- un support pour l'harmonisation des pratiques, l'égalité de traitement et l'équité des réponses ;
- un support évolutif, non figé, sans prétention d'exhaustivité.

Sa rédaction a été guidée par la volonté d'apporter une compréhension la plus large possible des situations de handicap d'origine psychique, sans restreindre les propos à des exemples ou l'analyse à des parcours types risquant d'aboutir à des réponses standardisées et uniformisées, en contradiction avec la singularité et l'évolutivité des situations.

Le contenu est essentiellement orienté sur les situations des adultes dans la mesure où les références existantes concernent davantage cette population et où les caractéristiques des troubles psychiques varient (entre les enfants et les adultes). Cela dit, les questions de la démarche diagnostique et de la démarche d'évaluation d'une situation individuelle visant à identifier des besoins à compenser sont les mêmes, quel que soit l'âge d'une personne ; ce sont surtout les réponses et dispositifs qui diffèrent selon l'âge. Les situations des 16-25 ans ont néanmoins été évoquées. Il s'agit en effet d'une phase de la vie où certains troubles psychiques émergent avec la nécessité d'enclencher la démarche diagnostique pour rechercher des modalités d'accompagnements à envisager. Elle est également une période « charnière » correspondant notamment à un « passage » des dispositifs enfants à des dispositifs adultes.

Ce guide est **destiné en priorité aux professionnels de MDPH**, membres de l'équipe pluridisciplinaire. Toutefois, **il est primordial que leurs partenaires** qui accompagnent les personnes handicapées et/ou qui interviennent auprès d'elles **se l'approprient également**. La mise en œuvre des missions des MDPH dépend des relations nouées avec ces partenaires. Leur compréhension de ces missions, de la répartition des rôles de chacun ainsi que du juste niveau d'information à communiquer a un impact considérable sur la collaboration et la coopération. Cette coopération de l'ensemble des acteurs conditionne la qualité des services et les propositions de réponses apportées aux personnes accueillies et accompagnées par les MDPH.

Le guide suppose ainsi un triple ajustement ; **il doit permettre une convergence de points de vue entre les MDPH et leurs partenaires :**

- par une meilleure connaissance partagée des troubles psychiques (altérations de fonctions, limitations d'activités et restrictions de participation à la vie en société) et des besoins de compensation ;
- par une meilleure connaissance du fonctionnement, des missions et des rôles de chacun des partenaires ;
- et par une conscience des limites d'intervention de la MDPH (critères réglementaires d'éligibilité aux droits et prestations, répartition des compétences, notamment entre l'équipe pluridisciplinaire et les membres de la CDAPH).

Méthodologie

L'élaboration du guide s'est organisée en deux temps :

- une phase de conception d'une première version ;
- une phase de relecture et de finalisation du guide.

Ces deux temps ont mobilisé une pluralité d'acteurs au sein de deux groupes de travail, dont la composition était relativement similaire⁶. Ils ont réuni des professionnels mobilisant des compétences variées (scientifiques, expertises et pratiques du terrain...) et des représentants des usagers ou de leurs familles intervenant au niveau national et au niveau local dans les différentes phases du processus d'élaboration des réponses : démarche diagnostique, démarche d'évaluation des situations, d'identification des besoins et de construction de réponses, mise en œuvre des réponses.

Des temps de travail individuel (lecture, rédaction) et collectif (réunions de chacun des groupes sur une journée) ont structuré la démarche d'élaboration du guide.

La conception d'une première version : avril à septembre 2016

Cette première phase s'est caractérisée par la conception d'une première version du guide en s'appuyant sur des références bibliographiques⁷, mais aussi sur des démarches et outils existants aux niveaux local et national. Sur la base d'une proposition de la CNSA de contenu à envisager, le groupe de travail s'est attaché à recenser d'autres ressources documentaires puis à identifier les éléments primordiaux à aborder dans un tel guide. Une fois les thématiques dégagées, les membres du groupe ont apporté des propositions de rédaction de chapitres ou de parties.

Cette période a été rythmée par cinq réunions (en avril, mai, juin, juillet et septembre 2016) qui ont permis d'échanger sur les contributions écrites des membres du groupe. Les réunions ont été l'occasion de clarifier les éléments de caractérisation des troubles psychiques et des situations de handicap qu'ils génèrent, les particularités relatives à ces situations, les notions de capacités fonctionnelles et de réalisation effective, l'importance de la coopération des acteurs du sanitaire, du social et du médico-social.

Ces temps de travail collectif ont également permis d'interroger et d'échanger sur les outils existants facilitant la transmission d'informations aux MDPH pour l'analyse des situations individuelles et d'apporter un éclairage sur les acteurs et dispositifs susceptibles d'être mobilisés pour répondre aux besoins identifiés.

⁶ Liste des membres en annexe 1.

⁷ Liste des ressources bibliographiques en annexe 6.

La relecture : octobre 2016 à janvier 2017

La seconde phase de la démarche d'élaboration du guide s'est déroulée dans un temps un peu plus restreint avec un groupe plus nombreux (une vingtaine de participants) et constitué de représentants différents du groupe de conception. Le groupe de relecture s'est penché sur la version du guide proposée par le groupe de conception et la CNSA dans l'objectif d'aboutir à une version finalisée.

Une grille commune de relecture a été conçue pour recueillir les observations et les propositions de modifications des membres du groupe. L'idée était de s'inscrire dans une démarche d'analyse du document en s'interrogeant sur les aspects suivants :

- l'actualité des informations ;
- la clarté des exposés (l'information est-elle accessible au profane ?) ;
- l'utilité pour la pratique ;
- l'homogénéité des présentations ;
- l'exhaustivité des sujets.

Trois réunions (en octobre, novembre et décembre 2016) ont été organisées afin d'échanger sur les remarques et suggestions du groupe. Ces temps ont permis non seulement de clarifier la structuration du guide et son contenu, mais aussi de développer une culture commune de l'évaluation des situations des personnes et de l'élaboration des réponses.

Enfin, une dernière réunion a été organisée en janvier 2017 avec l'ensemble des membres des deux groupes d'élaboration du guide. L'objectif visé était d'échanger sur la base d'une version presque finalisée du guide.

I

Les troubles psychiques et les situations de handicap d'origine psychique

L'objectif de cette partie est de développer un langage commun, partagé, des situations de handicap psychique et des troubles qui en sont à l'origine. Il s'agit donc de porter à la connaissance des équipes des MDPH des informations concernant ces troubles et leurs retentissements dans les différents aspects de la vie. Ces informations doivent leur permettre de « décrypter » les données transmises par leurs partenaires et d'améliorer leurs connaissances des caractéristiques de ces situations afin d'affiner leurs démarches d'évaluation globale de ces situations, qui les conduiront à l'identification des besoins des personnes puis à l'élaboration de propositions de réponses de compensation.

Dans cette partie, il convient donc de présenter dans un premier temps les troubles à l'origine de ces situations de handicap, les conséquences de ces troubles (en termes d'altérations de fonctions et de retentissement dans la vie des personnes) puis, dans un second temps, les éléments qui caractérisent les situations de handicap psychique et qui doivent être pris en compte dans le processus d'évaluation et d'élaboration de réponses.

Avant tout, il convient de rappeler les éléments suivants :

- **l'idée n'est pas de présenter une description exhaustive des troubles**, dans la mesure où ils font l'objet d'une grande hétérogénéité en termes de déficiences, de conséquences, d'accompagnements, de parcours... Par ailleurs, les recherches sur les déficiences et les conséquences fonctionnelles de ces troubles ne sont pas abouties et n'apportent pas de données exhaustives ;
- **le terme de référence**, qui a fait l'objet d'un consensus international (notamment dans le cadre de l'élaboration de classifications internationales comme la CIM-10⁸ et surtout le DSM 5⁹), pour définir les troubles à l'origine de situations de handicap psychique est **« troubles mentaux sévères et persistants »**. Ce terme aurait pu être retenu dans le cadre de l'élaboration de ce guide d'appui aux pratiques professionnelles, mais **cette désignation, dans le contexte français, risque encore actuellement de générer des confusions** avec le terme de « handicap mental »¹⁰ chez les acteurs de terrain, dont les MDPH. C'est la raison pour laquelle **le groupe de travail a préféré le terme « troubles psychiques sévères et persistants »**.

8 Organisation mondiale de la santé. 10ème révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes*, 2008.

9 Association américaine de psychiatrie. 5^{ème} édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (de l'anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), mai 2013.

10 Le terme « handicap mental » est plutôt relatif à une déficience intellectuelle tandis que le handicap psychique n'implique pas de déficit intellectuel majeur.

1. Caractérisation des troubles psychiques sévères et persistants

La plupart des troubles psychiques peuvent conduire à des situations de handicap psychique, mais certains induisent plus régulièrement des situations de handicap du fait, soit de la sévérité des symptômes, de leur persistance, de la fréquence des crises ou des hospitalisations, soit de l'association avec des troubles cognitifs ou des troubles physiques associés. Parmi ces pathologies, habituellement ou fréquemment à l'origine de situations de handicap, les troubles suivants¹¹ peuvent être cités¹² **de manière non exhaustive** :

- les troubles schizophréniques ;
- les troubles bipolaires ;
- certains troubles graves et caractérisés de la personnalité ;
- certains troubles dépressifs sévères ou persistants, en particulier lorsqu'ils sont associés à des phobies sociales ;
- les formes sévères des troubles obsessionnels compulsifs ;
- les formes sévères de troubles anxieux et de la personnalité mal caractérisés.

La plupart de ces troubles débutent en fin d'adolescence ou chez l'adulte jeune, ce qui augmente le retentissement sur la vie sociale puisque la personne concernée n'a pas encore achevé la construction de son identité sociale ni son autonomisation. Il arrive cependant que certaines formes soient plus précoces et débutent dès l'enfance ou qu'elles soient précédées de difficultés affectives ou cognitives. Ces troubles peuvent également survenir plus tardivement.

1.1 Les troubles schizophréniques et les troubles apparentés

Il s'agit de troubles psychiques dont le retentissement fonctionnel sur les différents domaines de la vie est majeur. Ces troubles surviennent typiquement chez l'adulte jeune, un peu plus précocement chez l'homme que chez la femme et avec des formes un peu plus sévères et plus chroniques également chez l'homme. Les conséquences en termes de limitation d'activité et de restriction de participation sont majeures. Dans les pays développés, on estime que moins de 15 % de ces personnes ont accès à un emploi et que plus des trois quarts sont célibataires ou séparées¹³.

La prévalence des troubles schizophréniques (0,7 %) est constante dans l'ensemble du monde, et les expressions de ces troubles sont également assez universelles alors que leurs conséquences sur le fonctionnement de la personne sont d'autant plus importantes que celle-ci vit dans un pays développé. Les manifestations des troubles schizophréniques et des troubles apparentés concernent cinq grands domaines :

- **les idées délirantes** : il s'agit de croyances figées et qui ne changent pas face à des évidences qui les contredisent. Leur contenu est très divers : idées de persécution, de grandeur, de référence (conviction que tous les événements qui surviennent ont un sens personnel), mystiques, de catastrophe, sensation d'être commandé de l'extérieur, idées bizarres de transformation psychique ou corporelle... ;
- **les hallucinations** : ce sont des expériences de type perceptif (entendre, voir, ressentir sur sa peau ou dans son corps, percevoir une odeur), qui surviennent sans *stimulus* extérieur. Elles ont le plus souvent la même clarté et vivacité que les perceptions normales et ne sont pas sous le contrôle de la volonté ;

11 Certains troubles peu décrits dans le corps du guide sont définis dans le glossaire, en annexe 5.

12 Issu d'une conférence de consensus sur la notion de troubles sévères et persistants pouvant être à l'origine de situations de handicap psychique : Institute of Health Economics, *Consensus Statement On Improving Mental Health Transitions*, Edmonton, Alberta, Canada, vol. 7, novembre 2014.

13 THORNICROFT et al., 2004.

- **la désorganisation de la pensée et du discours** peut prendre diverses formes : perte du fil directeur, manque de cohérence logique ce qui peut conduire à l'impression que même si la personne a parlé longtemps, on ne saisit pas ce qu'elle a voulu dire. Parfois ce sont les phrases elles-mêmes qui peuvent être incohérentes, voire incompréhensibles ;
- **la désorganisation du comportement** : ce symptôme recouvre une grande diversité de troubles du comportement. Il peut s'agir de difficultés à s'engager ou à réaliser des actions organisées vers un but, comme les tâches de la vie quotidienne, ou de comportements de type catatonique comme des états d'activité désordonnée ou d'agitation sans cause apparente, de négativisme (comportement de résistance à toute suggestion ou sollicitation) ;
- **les symptômes négatifs** sont pour une bonne part à l'origine des difficultés fonctionnelles et du handicap qui en résulte. Même si d'autres domaines peuvent être concernés, ils touchent essentiellement le domaine des émotions et de la volonté ou motivation. Dans le domaine des émotions, peut être altérée à la fois la capacité à exprimer et à ressentir des émotions : la personne présente une pauvreté dans l'expression de ses émotions, dans sa prosodie, dans l'expression de son visage et de sa gestuelle ; elle peut également avoir des émotions émoussées et éprouver des difficultés à ressentir le plaisir. Dans le domaine de la motivation, elle peut avoir une très grande pauvreté d'initiative, que ce soit dans son discours spontané ou dans ses activités qui sont très limitées. À l'extrême, il peut arriver que la personne n'ait pratiquement aucune activité spontanée même s'il s'agit d'activités vitales comme s'alimenter ou avoir un minimum d'hygiène. La dépendance par rapport aux stimulations de son entourage est alors majeure.

Il faut ajouter à ces manifestations la survenue habituelle de troubles cognitifs qui précèdent souvent le début des troubles psychiques et dont le retentissement fonctionnel est très important.

Les troubles cognitifs sont presque constants, mais de sévérité variable. Tous les domaines cognitifs sont concernés : les différents types de mémoire, les capacités d'attention, les fonctions exécutives et les capacités d'organisation de la pensée et de l'action, les capacités d'apprentissage, la vitesse de traitement. Les tests intellectuels rapportent une relative préservation des compétences verbales (QI verbal) et une baisse significative des performances non verbales (QI performance). Il en résulte une baisse parfois très importante des capacités par rapport au niveau scolaire ou professionnel atteint avant le début des troubles et/ou un écart important par rapport au niveau attendu compte tenu de l'âge et du niveau socio-culturel¹⁴.

Deux autres types de compétences cognitives sont également altérés dans les formes typiques : les capacités en cognition sociale et les capacités métacognitives.

Les capacités en cognition sociale comportent plusieurs composantes, dont principalement :

- **la théorie de l'esprit** ou capacité à comprendre que les autres sont différents de soi – qu'ils ont des croyances, des désirs, des intentions qui leur sont propres – et à tenir compte de ces différences. Il s'agit donc de la capacité à adopter le point de vue de l'autre, à se mettre à sa place et à tenir compte de cette compréhension dans sa relation et sa communication avec autrui ;
- **l'empathie émotionnelle** : capacité à se montrer sensible aux émotions d'autrui, à les percevoir et à en tenir compte, à comprendre qu'autrui peut avoir des émotions qui lui sont propres, à se montrer compréhensif et capable de tact et de respect ;
- **la capacité à identifier les rôles sociaux** et la signification des situations sociales.

¹⁴ PROUTEAU Antoinette. *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*, Paris : Dunod, 2011.

Les difficultés observées dans le domaine de la relation aux autres témoignent de l'altération des capacités en cognition sociale et sont majorées par des **modes de raisonnement rigides et inadaptés** comme le « saut aux conclusions », qui consiste à tirer des conclusions hâtives et en général négatives d'un fait qui peut avoir différentes significations selon le contexte. Du fait de ses troubles cognitifs, la personne souffrant de troubles schizophréniques aura tendance à ne pas prendre en compte tous les éléments du contexte dans lequel elle observe ce fait et en tirera des conclusions erronées.

Les altérations des capacités en cognition sociale conduisent à **des difficultés majeures dans la communication et dans les relations aux autres** : comme l'intention d'autrui (ce qu'il veut dire ou faire) n'est pas déchiffrable, tout ce qui est dit (ou fait) est compris au premier degré, sans accès à l'implicite, au sous-entendu ou à l'humour. La très grande naïveté sociale qui résulte de cette déficience peut également conduire les personnes à être victimes de manipulation ou de maltraitance de la part des autres, qui peuvent aller jusqu'à des mises en danger.

Des troubles de la conscience de soi sont observés ; ils ont trait aux **capacités métacognitives** qui concernent « la pensée sur la pensée », c'est-à-dire :

- d'une part le fait de pouvoir évaluer correctement ses capacités, la qualité de ses réalisations et ses limites dans les différents domaines de la vie ;
- d'autre part le fait de pouvoir tenir compte de cette évaluation pour s'adapter, se corriger ou s'abstenir d'agir ou pour savoir demander de l'aide, que ce soit dans le domaine de la vie quotidienne, des activités, des relations avec autrui ou de la santé.

Des troubles de la conscience de la maladie et des besoins de traitement (troubles de l'*insight*) peuvent également être observés : **les personnes ne sont souvent pas conscientes de leurs besoins d'aide ou de soins et ne formulent pas de demandes** ou font des projets de vie qui ne sont pas forcément compatibles avec leurs capacités, par exemple de travailler comme tout un chacun et sans accompagnement particulier. Cette non-conscience des besoins d'aide ou de soins tend à aggraver la situation de handicap.

L'évolution habituelle des manifestations (symptômes et déficiences) de la maladie est chronique, avec une intensité variable des symptômes et un risque permanent d'aggravation. Des périodes aiguës peuvent survenir en cas d'interruption des soins qui sont nécessaires de manière prolongée, le plus souvent toute la vie, ou en cas de facteur de stress ou d'événement de vie (changement de lieu de vie, décès d'un proche...).

Par ailleurs, plus la survenue des troubles est précoce, plus les habiletés psychosociales tendent à être affectées.

Les besoins d'accompagnement existent dès le début des troubles pour limiter l'impact des symptômes et des déficiences sur l'insertion sociale et professionnelle en cours de construction et peuvent concerner tous les domaines de la vie de la personne (accès à un logement indépendant, à un emploi ou une formation, à d'autres modes d'insertion sociale). Ces besoins ne sont habituellement que très partiellement pris en compte, ce qui contribue à l'aggravation de la perte d'autonomie, qui naturellement a tendance à s'accroître avec le temps.

Cependant, une littérature assez abondante témoigne de la possibilité pour les personnes vivant avec un trouble schizophrénique d'accéder à un certain degré de rétablissement personnel, fonctionnel et parfois même clinique (disparition des manifestations de la maladie). Le plus souvent, ce rétablissement implique pour la personne de développer un projet de vie différent de ses projets initiaux et parfois dans des espaces sociaux originaux et moins contraints.

1.2 Les troubles bipolaires

Il s'agit de troubles psychiques sévères et chroniques, d'identification parfois difficile et souvent diagnostiqués avec un retard d'une dizaine d'années, dont le retentissement sur la vie quotidienne et sociale peut être majeur. Ils surviennent typiquement chez l'adulte jeune, plus précocement dans les formes sévères (adolescent ou enfant), et s'associent très fréquemment à d'autres troubles (troubles de la personnalité, addictions, troubles anxieux) qui contribuent à la résistance au traitement et à l'impact sur le fonctionnement.

La prévalence des troubles bipolaires est évaluée entre 1,5 % (pour les formes les plus caractérisées) et 5 %. Leur retentissement sur le fonctionnement et la vie sociale est parfois sous-estimé, notamment du fait d'une méconnaissance de l'impact des symptômes résiduels alors que leurs conséquences sont souvent très importantes.

Les manifestations de ces troubles sont caractérisées par l'alternance :

- de périodes d'excitation et d'expansion de l'humeur appelées phases maniaques ;
- de périodes de dépression ;
- et de périodes intermédiaires dans lesquelles persistent des symptômes résiduels.

Les périodes d'excitation maniaque sont d'expression très diverse et associent typiquement, durant des périodes de quelques semaines à quelques mois, un sentiment d'énergie accrue avec une réduction des besoins de sommeil, une augmentation de l'estime de soi ou des idées de grandeur, un besoin excessif de parler aux autres (logorrhée) et une perte des inhibitions habituelles, une accélération de la parole ou des pensées qui peut aller jusqu'à une incapacité à fixer son attention sur quoi que ce soit, une augmentation du niveau d'activité ou une agitation, un engagement dans des conduites à risque sans en percevoir les conséquences. Durant ces périodes, les relations aux autres sont gravement perturbées, en particulier dans la vie personnelle et familiale, et le fonctionnement social et professionnel peut être gravement altéré. Il peut exister des idées délirantes qui conduisent la personne à des projets et des comportements inadaptés. Enfin, les personnes méconnaissent le plus souvent le caractère morbide de ces manifestations et l'inadaptation de leur comportement, surtout lors des premiers épisodes.

Les périodes de dépression sont plus facilement identifiées et peuvent précéder ou succéder à des périodes d'excitation maniaque. Elles sont d'intensité variable et durent typiquement plusieurs mois. Elles associent une humeur dépressive (tristesse ou plus typiquement perte douloureuse de la capacité à ressentir des émotions), un ralentissement psychomoteur (fatigue parfois extrême, difficultés à initier une action ou à prendre des décisions, ralentissement de la pensée qui tourne en rond, manque d'efficacité intellectuelle), des troubles de l'attention et de la mémoire, une vision négative de soi et du monde (pessimisme, parfois idées délirantes de culpabilité, de ruine, de catastrophe ou de persécution), des troubles de l'appétit et du sommeil.

En dehors des périodes aiguës, **les symptômes résiduels** font la gravité de la maladie puisque leur présence est habituelle et parfois constante. Ainsi, le retentissement fonctionnel d'un trouble bipolaire tient à la fois aux épisodes (maniaques et dépressifs) et à leurs conséquences (hospitalisations, altérations graves des relations familiales, sociales ou professionnelles, conséquences des comportements à risque comme un endettement, une démission ou un accident) et aux très longues périodes durant lesquelles la personne ne retrouve pas son état normal.

Les symptômes résiduels les plus fréquents sont les suivants : une humeur dépressive ou anxieuse, une fatigue, une atteinte de l'estime de soi, une phobie sociale, un manque de motivation, des troubles anxieux et une insomnie chronique.

Des symptômes cognitifs, d'intensité moins sévère que dans les troubles schizophréniques, sont fréquents et touchent l'ensemble des fonctions cognitives.

On estime qu'environ 30 % des personnes atteintes d'un trouble bipolaire présentent une altération grave et durable dans leur fonctionnement professionnel. Il existe habituellement un très net décalage entre la disparition des symptômes et la récupération fonctionnelle, plus particulièrement dans le domaine professionnel ce qui peut aboutir à un statut socio-professionnel inférieur à celui attendu compte tenu du niveau d'étude. Le taux de célibat et de divorce est également beaucoup plus élevé qu'en population générale : le taux de personnes bipolaires vivant seules (célibataires, séparées ou divorcées) est de 72 % dans une vaste étude australienne¹⁵ et de 62 %, c'est-à-dire 20 % de plus qu'en population générale, dans une étude américaine¹⁶.

1.3 Certains troubles graves et caractérisés de la personnalité

Un trouble de la personnalité correspond à une manière inhabituelle et rigide d'entrer en relation, de percevoir et de penser son environnement et soi-même pouvant se traduire par des difficultés et par de la souffrance pour la personne et son entourage. Les difficultés sont durables, apparaissent en général dès l'adolescence ou à l'entrée dans l'âge adulte. Cependant, même si la personnalité est par définition stable dans le temps, certains troubles peuvent s'atténuer avec l'âge et d'autres au contraire s'accroître. Il est aujourd'hui établi que les déterminants de la personnalité sont multiples : génétiques et environnementaux (mode de vie, culture, modalités éducatives, événements traumatiques ou négligence émotionnelle, en particulier dans l'enfance).

Alors que tous les troubles de la personnalité induisent un dysfonctionnement et une souffrance significative, certains sont susceptibles de générer également une situation de handicap. C'est le cas en particulier des troubles limites de la personnalité (ou troubles de la personnalité *borderline*) qui sont en lien avec un trouble grave de l'attachement et des relations précoces. Les personnes peuvent rencontrer des difficultés extrêmes à établir des liens stables avec autrui qui est ressenti tout à la fois comme absolument nécessaire et menaçant (crainte de l'abandon), notamment lorsqu'elles ont vécu des événements traumatiques dans leur enfance (des séparations prolongées ou des ruptures, des abus sexuels ou des situations de négligence affective par exemple).

Les déficiences et les manifestations des troubles de la personnalité sont multiples : trouble majeur de la régulation des émotions, image de soi et des autres instable et chaotique, impulsivité et comportements à risque, tentatives de suicide, automutilations, addictions, troubles des conduites alimentaires, dépressions, ruptures dans les relations et dans le parcours d'études puis professionnel, possibilité d'apparition d'idées délirantes sur des durées brèves de quelques heures à quelques jours.

Dans les formes les plus sévères, l'adaptation à la vie sociale peut être très précaire, la personne semblant générer sans cesse des situations de stress extrême qui contribuent à ses difficultés. Globalement, les difficultés portent davantage sur le maintien que sur l'établissement de relations avec leur environnement. Aussi, dans le cadre de la vie professionnelle, il est plus difficile pour la personne de conserver son emploi que d'accéder à un nouveau poste. Cette « stabilité de l'instabilité » alerte sur la possibilité d'un trouble limite de la personnalité.

Des pathologies associées sont fréquentes et peuvent contribuer à la constitution de la situation de handicap : abus de substance ou dépendance, dépressions, conséquences somatiques des comportements à risque ou des tentatives de suicide, troubles des conduites alimentaires ou phobies graves.

15 MORGAN V. M. et al. *Bipolar Disorders*, 2005, 7, p. 326-337.

16 JUDD L. et al. *Journal of Affective Disorders*, vol. 73, 2003, p. 123-131.

1.4 Les troubles dépressifs sévères et persistants

Les troubles dépressifs sont habituellement récurrents, c'est-à-dire qu'une personne qui a traversé un épisode dépressif en connaîtra souvent un ou plusieurs autres au cours de sa vie. Dans 15 à 20 % des cas, la dépression devient chronique, avec des symptômes d'intensité variable, mais dont le retentissement fonctionnel est important. De manière générale, les troubles dépressifs sévères persistants ou récurrents ont des conséquences fonctionnelles importantes sur les capacités relationnelles et la qualité de vie. Il a été montré que l'atteinte de la qualité de vie est plus importante que dans le cas de pathologies physiques comme l'insuffisance cardiaque.

Les symptômes ou déficiences (déjà mentionnés à propos des troubles bipolaires) sont les suivants :

- une vision négative de soi et du monde : sentiment d'incapacité ou de culpabilité, impression d'être négativement jugé par les autres, d'être un fardeau, de vivre dans un monde sans espoir ni solution ;
- un ralentissement psychomoteur qui peut lors des phases aiguës se traduire par une absence de toute initiative et de tout mouvement et, dans les formes moins intenses, par une incapacité à décider (y compris pour les actes les plus banals et quotidiens), à initier une action, à maintenir un projet, par une fatigue plus ou moins intense, un manque d'efficacité intellectuelle ;
- une humeur dépressive ;
- une douleur morale importante ;
- des signes physiques comme des troubles de l'appétit (perte ou prise de poids), du sommeil, une constipation ;
- des troubles cognitifs touchant l'ensemble des fonctions cognitives et se traduisant en particulier par des troubles de l'attention, de la mémoire et une lenteur (diminution de la vitesse de traitement).

Le retentissement sur la vie de la personne est d'autant plus important que les symptômes sont intenses (l'altération peut aller jusqu'à l'incapacité de la personne à faire face à ses besoins élémentaires) ou durables et que son mode de vie implique des échanges relationnels (par exemple, une profession exigeant un savoir-faire relationnel comme dans l'enseignement). La vie familiale est également fortement altérée.

Certaines formes de dépressions chroniques sont susceptibles de conduire à des situations de handicap sévères avec un mode de vie extrêmement restreint et une perte marquée d'autonomie. C'est le cas en particulier lorsqu'une phobie sociale s'associe à la dépression. **La phobie sociale** est une anxiété envahissante survenant en présence d'autrui et lorsque la personne se sent exposée au regard et au jugement d'autrui.

Il s'agit en quelque sorte d'une forme extrême et maladroite de timidité, qui peut porter sur des situations banales comme discuter ou manger avec d'autres personnes. La gravité de cette phobie est liée au fait que la personne qui en souffre aura tendance à éviter toutes les situations qui provoquent l'angoisse, ce qui à l'extrême peut aller jusqu'à ne plus sortir de chez elle.

Les conséquences sociales sont variables : abandon scolaire ou d'études, perte de productivité au travail ou de statut socio-économique du fait de l'évitement des contacts sociaux et du sentiment d'incompétence qu'entraîne cette phobie, célibat et isolement social.

1.5 Les formes sévères des troubles obsessionnels compulsifs

Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) associent des obsessions (pensées, idées, envies ou images récurrentes, envahissantes, ressenties comme angoissantes, intrusives, absurdes ou répréhensibles) et des compulsions (comportements répétitifs que la personne se sent obligée d'accomplir en réponse à une obsession). Il s'agit par exemple de rituels de lavage liés à des obsessions de contamination ou de vérifications interminables liées à la crainte d'avoir oublié de faire quelque chose ou d'avoir commis un acte répréhensible. Les comportements répétitifs peuvent également être des prières ou des suites interminables de calculs à accomplir de manière rigide, dans le but de diminuer l'angoisse ou de prévenir de manière magique la survenue d'une catastrophe.

Les obsessions peuvent porter sur une ou plusieurs caractéristiques physiques, un défaut qui semblerait mineur à quelqu'un d'autre. Les préoccupations sont intrusives (non voulues par la personne) et envahissantes (plusieurs heures par jour) et s'associent à des comportements liés à ces obsessions. Le retentissement fonctionnel est souvent important : arrêt de la scolarité ou des études, évitement des autres jusqu'à rester confiné chez soi, incapacité à s'autonomiser de son milieu familial.

Un autre type d'obsession concerne l'impossibilité à se séparer ou à jeter des objets, quelle que soit leur valeur réelle. Il peut s'agir d'objets de la vie quotidienne comme des emballages d'aliments, des flacons vides, des sacs... La difficulté à jeter aboutit à une accumulation d'objets qui envahissent et encombrant les lieux d'habitation, compromettant de manière importante leur utilisation et leur salubrité.

Le TOC survient fréquemment en fin d'adolescence ou chez l'adulte jeune, parfois dès l'enfance, et s'associe souvent à d'autres troubles psychiques : autres troubles anxieux, dépressions, troubles bipolaires, troubles schizophréniques.

Les TOC sont associés à une altération importante de la qualité de vie et à un niveau souvent élevé d'altération du fonctionnement social et professionnel. L'intensité du trouble peut être évaluée par la durée quotidienne des rituels, qui varie selon les cas et les périodes de quelques minutes à toute la journée, allant parfois jusqu'à empiéter sur le temps de sommeil. L'évitement des situations liées aux obsessions ou aux compulsions peut également perturber le fonctionnement. Les relations sociales et intrafamiliales sont souvent gravement altérées, en particulier lorsque la personne ressent le besoin d'associer ses proches à ses rituels. En cas de pathologie associée, les différents symptômes et déficiences peuvent s'associer en termes de retentissement fonctionnel et de genèse d'une situation de handicap.

1.6 Les formes sévères de troubles anxieux et de la personnalité mal caractérisés

Les troubles anxieux constituent un ensemble de syndromes fréquents dont la durabilité et la gravité sont variables. Ils peuvent être légers et/ou épisodiques ou être profondément ancrés, en particulier dans le cas où ils surviennent sur des personnalités fragiles. Dans ce cas, on peut observer un envahissement du champ de la conscience, entravant l'activité, et un déficit fonctionnel dans les domaines de la vie quotidienne, des relations sociales, de l'activité professionnelle. Le repli, les conduites d'évitement, des manifestations somatoformes, une souffrance subjective, une symptomatologie dépressive, une conduite d'abus de substances peuvent en être les conséquences qu'il convient d'évaluer. De la même façon, les conduites addictives, les syndromes post-traumatiques, le *burn-out* ou le vécu de harcèlement prolongé sont parfois impliqués dans les situations de handicap psychique.

1.7 Exemples non exhaustifs de manifestations, de limitations d'activités et de restrictions de participation

Type de trouble	Exemples de manifestations observables	Exemples de limitations d'activités et de restrictions de participation
Attention	● Trouble de la vigilance ● Traitement partiel d'informations ● Défaut de maintien d'une activité ● Incapacité à faire abstraction du bruit ou des mouvements ● Fatigabilité ● Difficultés de concentration ● Difficultés à effectuer deux tâches simultanément ● Difficultés à détecter des changements dans l'environnement...	● Difficultés pour mener à terme les tâches, gérer la routine quotidienne... ● Difficultés dans toutes les situations nécessitant de soutenir son attention : lire, regarder une émission ou un film... ● Gêne pour les activités prolongées ● Difficultés à résister aux « distractions » pendant une activité ou une conversation ● Fatigabilité dans les situations où il y a du bruit ou des demandes multiples ● Ralentissement de l'activité en général ● Restriction de la durée et du nombre d'activités dans une journée ● Mise en danger dans les actes de la vie quotidienne ● Difficultés à détecter des événements imprévus, des signaux de danger dans les déplacements, à domicile, au travail...
Mémoire	● Les événements de vie sont oubliés ● Confusion dans les dates ● Oubli de ce qui a été prévu, notamment les rendez-vous ● Oubli du traitement, des informations transmises par l'entourage... ● Incapacité à retenir une information tout en effectuant une manipulation mentale (raisonnement, calcul...) ● Perte du fil de la conversation...	● Difficultés à gérer le quotidien, les rendez-vous, le traitement, les tâches administratives... ● Mise en situation de danger par oubli du gaz allumé, des robinets ouverts, porte laissée ouverte ou avec la clé sur celle-ci... ● Restriction de la vie sociale ● Perturbation des activités professionnelles ● Difficultés à trouver du sens aux aides proposées ● Difficultés à se projeter dans le futur : élaborer des projets sur le plan familial, amoureux, de travail, de logement...

Type de trouble	Exemples de manifestations observables	Exemples de limitations d'activités et de restrictions de participation
Fonctions exécutives	● Difficultés à organiser les actions dans le temps (faire la cuisine, organiser sa semaine...) ● Difficultés à faire plusieurs tâches en même temps ● Difficultés à s'organiser dans toutes les situations nouvelles (dans lesquelles il ne s'agit pas d'utiliser des automatismes) ● Impulsivité, difficultés à anticiper les conséquences de ses actions ou à réfréner ses automatismes et impulsions ● Difficultés à initier une action ● Difficultés à résister aux distracteurs, à rester focalisé sur l'information pertinente...	● Mise en danger dans les actes de la vie quotidienne, dans les relations sociales ● Difficultés à ajuster son comportement au travail ● Difficultés à se nourrir/se laver/prendre ses médicaments, sans stimulation pour le faire ● Difficultés à assurer des tâches continues en présence de bruits et de mouvements environnants...
Métacognition	● Difficulté de la conscience des troubles ● Difficultés à identifier ses émotions quand elles surviennent, difficultés à les verbaliser ● Difficulté à savoir évaluer ses capacités, ses limites ou ses difficultés : tendance à la surévaluation ou au contraire à la sous-évaluation, à la dévalorisation...	● Difficultés à décrire ses capacités et limites de manière précise ● Maîtrise difficile du comportement (comportement explosif ou au contraire apathie, car la gestion des émotions est gênée par les difficultés d'identification) ● Non-sollicitation des professionnels du soin et de l'accompagnement ● Inadaptation du comportement à un entretien d'embauche...
Cognition sociale	● Difficultés à comprendre les intentions d'autrui, le point de vue de l'autre ● Interprétations erronées et souvent persécutives du comportement d'autrui ● Difficultés à communiquer, à comprendre les sous-entendus et l'humour ● Difficultés à être sensible aux émotions d'autrui, à se montrer compréhensif, soucieux de ce que l'autre ressent, à être capable de tact et de respect ● Inadaptation du comportement, car la personne ne possède pas toutes les informations pour se représenter la situation sociale ● Comportement qui paraît « bizarre », méfiance et agressivité...	● Raréfaction des interactions sociales ● Difficultés d'interaction avec les collègues et les supérieurs au travail, marginalisation...

1.8 Facteurs majorants et retentissements possibles

En plus des conséquences des manifestations directes des troubles, d'autres facteurs associés peuvent majorer les difficultés de fonctionnement et les retentissements. Ces facteurs sont communs à l'ensemble des troubles psychiques sévères et persistants. Néanmoins, ils sont variables d'un trouble à l'autre et, pour le même trouble, d'une personne à l'autre. Il s'agit :

- **des effets secondaires des traitements médicamenteux.** Bien que la preuve soit faite de leur impact globalement favorable sur les symptômes (comme le délire, les hallucinations, l'humeur dépressive...), le fonctionnement, la qualité de vie et l'espérance de vie, les traitements médicamenteux ne guérissent généralement pas les processus pathologiques. Leurs effets secondaires, même si certains peuvent être corrigés par d'autres médicaments, restent importants et gênants dans la vie quotidienne, donc sources de troubles : prise de poids, rigidité des muscles, tremblements, fatigue, somnolence, sédation, constipation, parfois incontinence, troubles métaboliques, troubles cognitifs surajoutés... ;
- **des effets des hospitalisations.** Même limitées à leur stricte indication thérapeutique, les hospitalisations longues et répétées peuvent comporter des risques de stigmatisation, de rejet et/ou d'exclusion sociale, familiale ou professionnelle. De plus, elles ont un impact négatif sur les capacités à décider et sur l'autonomie des personnes. Elles peuvent ainsi accroître les limitations d'activités et la restriction de la participation sociale. Il en va de même pour les autres types de prises en charge et d'accompagnements, dont les conséquences varient en fonction de leur lourdeur (fréquence des consultations, de la prise en charge en hôpital de jour...) ;
- **de fréquents abus de substance** (alcool, tabac, cannabis, autre), qui contribuent à l'instabilité de l'état de santé psychique de la personne ;
- **d'un état physique souvent fragile** avec de nombreuses maladies associées et un moins bon accès (ou un retard dans l'accès) aux soins somatiques. Le cumul de facteurs majorant peut conduire à une perte d'espérance de vie de plus de quinze ans, dont la plus grande part est liée à des maladies physiques et pour une moindre part au suicide ;
- **d'un processus de prise de conscience parfois douloureux et lent** des difficultés psychiques et de leurs incidences sur la vie quotidienne. Lorsque la personne prend conscience de ses troubles, de sa situation, identifie les difficultés rencontrées comme la résultante d'une « maladie », il arrive qu'elle soit rassurée et aborde la question du handicap de manière positive et plus raisonnée. Néanmoins, la prise de conscience par la personne des limites inhérentes à ses troubles psychiques peut parfois s'avérer déstabilisante, douloureuse et engendrer une diminution de l'estime de soi, une baisse de moral. Les problématiques suivantes peuvent aussi s'ajouter : un isolement, un non-accès, un accès tardif ou un refus de recourir à des aides spécifiques ainsi qu'une non-réponse aux sollicitations des professionnels ou une non-acceptation des accompagnements proposés ;
- **d'une forte stigmatisation par l'environnement**, résultant de stéréotypes négatifs corrélés aux troubles psychiques, qui a un impact significatif sur l'estime de soi, le fonctionnement quotidien, les relations sociales, le travail, les activités et la participation sociale en général¹⁷. Par ailleurs, la stigmatisation dont les troubles psychiques font souvent l'objet tend à limiter également le recours aux professionnels et aux structures de soins et d'accompagnement.

Ainsi, la problématique psychique (souffrance psychique, étrangeté du comportement, possible mise en danger, prise de conscience affectée) et somatique, l'inadéquation de la prise en charge et la stigmatisation par l'environnement ont des retentissements sur l'intégration sociale des personnes concernées : repli sur soi, altération de l'estime de soi, altération de la qualité de vie.

¹⁷ BROHAN et al., 2010.

Les troubles psychiques résultant de processus pathologiques au long cours s'inscrivent par définition **dans la durée, mais généralement avec des variations importantes dans le temps**. Le parcours des personnes est souvent jalonné de phases de rémission des troubles, de phases de stabilisation et de phases de soins plus intensifs (ce parcours peut d'ailleurs être comparé à celui de la plupart des personnes atteintes de maladies chroniques). Le processus dans lequel s'inscrivent les personnes présentant ces troubles est itératif et dynamique ; leur situation n'est jamais figée ni stabilisée, et elles peuvent néanmoins avoir une vie satisfaisante.

Comme toute maladie invalidante ou conséquence d'un accident survenant au cours de l'existence, les maladies psychiques bouleversent le parcours de vie de la personne et de ses proches, imposant un renoncement douloureux aux projets antérieurs, une prise de conscience des difficultés nouvelles et des potentiels restants, l'acceptation du besoin d'aide. Il s'agira pour elle de faire le deuil des aptitudes et des capacités dont elle était pourvue ou se croyait pourvue et d'élaborer, de préférence avec le soutien d'un professionnel ou d'un tiers bienveillant, de nouveaux projets compatibles avec sa situation de handicap.

Les personnes et leurs proches se trouvent ainsi engagés dans un parcours **difficile et lent** qui doit être soutenu, notamment pour faire émerger des demandes et favoriser un accès à des soins réguliers et à un accompagnement médico-social adapté. Au sein de ce parcours, les différentes démarches d'évaluation, la construction d'un projet ou l'accompagnement nécessitent des ajustements réguliers pour s'adapter aux changements de l'état de santé et à l'évolutivité des comportements, des attentes, des capacités relationnelles.

La construction d'une relation de confiance est un prérequis pour mieux connaître les particularités d'une situation individuelle et proposer un accompagnement le plus adapté possible. La relation de confiance avec les personnes et la mobilisation de leurs habiletés sociales constituent un processus progressif qui s'inscrit dans le temps et qui peut être parfois chaotique, impliquant des ajustements continuels et des repositionnements professionnels. Le cadre d'intervention des services nécessite ainsi d'être solide et rigoureux pour rassurer les personnes et construire un projet sur le long terme. Cela nécessite aussi une souplesse dans l'accompagnement pour s'adapter à la fluctuation de l'état de santé des personnes et de ses conséquences¹⁸.

18 CEDIAS et CREAHI Île-de-France. *Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ?* 2011.

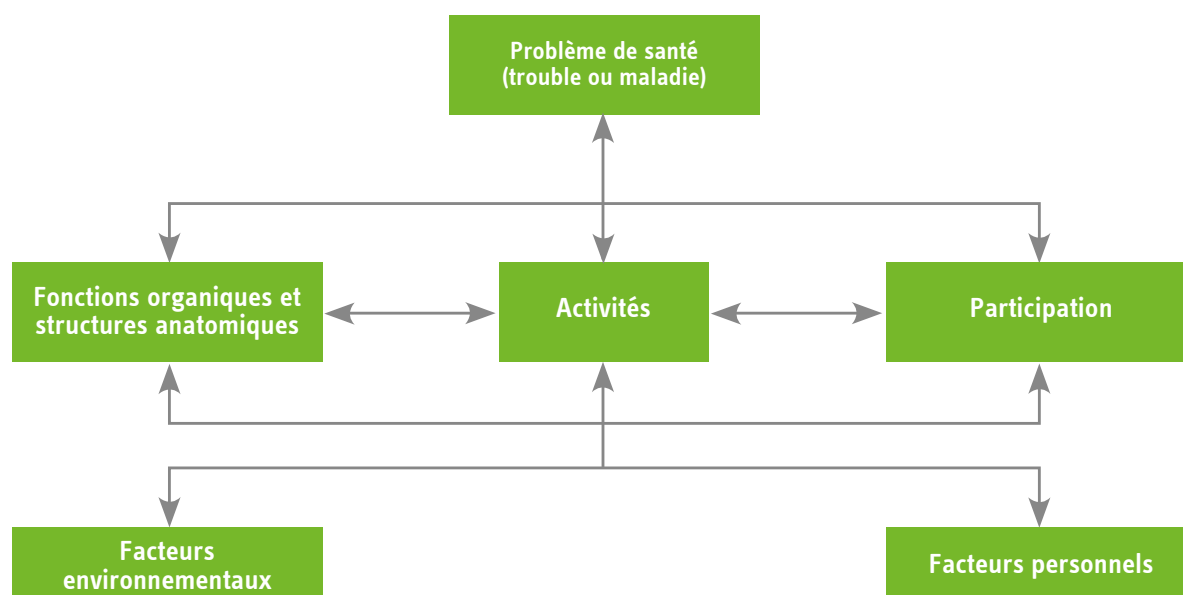
2. Caractérisation des situations de handicap d'origine psychique

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a introduit une définition « légale » du handicap : **« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »** (Art. L. 114 du Code de l'action sociale et des familles – CASF).

Selon cette définition, qui se réclame de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF – OMS 2001), le handicap ne peut donc plus être uniquement centré sur des caractéristiques personnelles¹⁹. Étant explicitement défini comme les limitations d'activités et restrictions de participation sociale, il est ainsi le résultat d'une interaction entre deux types de composantes :

- les altérations de structure ou de fonction (ou déficiences comme dans la première Classification internationale du handicap – CIH), qui sont une caractéristique personnelle, liée à une atteinte de la santé physique ou mentale ;
- mais également l'environnement dans lequel la personne évolue, qui peut se comporter comme facilitateur ou obstacle à la réalisation des activités et à la pleine participation.

Le modèle de la CIF



Les situations de handicap psychique sont donc les conséquences des altérations de fonction, liées à des troubles psychiques sévères et persistants dans la vie quotidienne, sociale, familiale, scolaire, professionnelle... des personnes concernées. Ces retentissements peuvent être variables et diversifiés en fonction de l'environnement, qui joue toujours un rôle majeur dans l'évolution et le devenir d'une personne présentant un trouble psychique sévère et persistant.

¹⁹ GILBERT P. « La définition du handicap dans la loi de 2005 et le certificat médical. Quels sont les enjeux et comment s'en servir au mieux de l'intérêt de la personne atteinte de troubles psychiques ? », *Perspectives Psy*, vol. 54, n° 4, octobre-décembre 2015.

2.1 Le « handicap psychique » et le « handicap mental »

Les situations de handicap psychique se distinguent des situations dites, dans le langage courant, de « handicap mental ». En effet, les premières sont relatives aux conséquences des troubles présentés ci-dessus et ont d'abord un impact sur les interactions avec l'environnement social de la personne, alors que les secondes sont relatives à une altération de la fonction intellectuelle (une déficience intellectuelle) et entravent en particulier la compréhension des consignes, la résolution de problèmes et la réalisation des tâches complexes.

Il n'en demeure pas moins que les personnes rencontrant une situation de « handicap mental » peuvent également présenter des troubles psychiques. De même, les troubles psychiques ont aussi souvent des retentissements sur les capacités cognitives, à des degrés variables. Ils peuvent par conséquent se traduire par des difficultés pour fixer son attention, mémoriser des informations ou encore exécuter certaines tâches.

Cependant, la distinction entre « handicap mental » et « handicap psychique » n'est pas à négliger pour appréhender finement les besoins de la personne et définir un projet personnalisé de compensation adapté. Longtemps dénommé « handicap invisible » en raison de l'absence de stigmates immédiatement visibles (présence d'aide technique, absence de langage verbal...), les spécificités du handicap psychique sont pourtant fortes.

Dans ses récentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) décrit ces spécificités de la façon suivante²⁰ :

- les troubles des personnes sont souvent **variables, intermittents et évolutifs**. Ils n'empêchent pas le rétablissement et la diminution des symptômes. Par ailleurs, les personnes peuvent avoir des compétences réelles pour certaines activités et des difficultés majeures dans d'autres ;
- elles ont **besoin d'un suivi médical régulier** ;
- les personnes **n'ont pas de déficience intellectuelle**. Des troubles cognitifs (mémorisation, anticipation, organisation du temps et de l'espace...) sont souvent associés, de façon temporaire ou permanente²¹ ;
- elles sont victimes de **stigmatisation** et de rejet ;
- **l'isolement** et la rupture du lien social sont fréquents ;
- la vulnérabilité est à prendre en compte, surtout lors de situations difficiles de la vie, même lorsque les troubles sont stabilisés²² ;
- les personnes peuvent être dans **l'incapacité de demander de l'aide**²³. Les facteurs personnels ou environnementaux peuvent être à l'origine de cette « non-demande » (par exemple, inadéquation entre les besoins de la personne et l'accompagnement proposé, stigmatisation des personnes vivant avec des troubles psychiques) ;

20 ANESM. *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)*, 2016, « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ».

21 Ces trois premières caractéristiques sont celles décrites à la page 12 du Livre blanc des partenaires de Santé Mentale France, associations de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité. Propositions faites lors des réunions de juin 2001. Édition revue. Paris : UNAFAM, 2006.

22 Ces caractéristiques ont été identifiées dans le rapport CHARZAT, *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002.

23 Cette caractéristique figure dans la contribution du groupe de travail handicap psychique au rapport du Conseil national consultatif des personnes handicapées. Rapport 2012. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2013.

- le caractère invisible des troubles implique que **les difficultés sont parfois sous-estimées** ;
- **l'acceptation des troubles** et des difficultés qui en découlent **est parfois difficile** pour la personne et/ou son environnement ;
- les personnes présentent **des difficultés plus ou moins prononcées dans les interactions sociales** ;
- elles peuvent avoir des difficultés « à faire », à initier l'action ;
- elles peuvent avoir un rapport altéré à la réalité.

L'ANESM précise aussi que les situations des personnes handicapées psychiques ne présentent « pas forcément toutes ces caractéristiques. Leurs situations sont hétérogènes, notamment en lien avec leur parcours de vie et les contextes dans lesquels elles évoluent (environnement social, qualité des soins et de l'accompagnement, etc.). Certaines personnes rencontrent peu ou pas de difficultés liées aux troubles et/ou évoluent dans un environnement adapté où elles rencontrent peu d'obstacles. » L'intensité des troubles est également variable selon les situations individuelles.

2.2 Une évaluation des situations de handicap et des besoins complexe à conduire

Ces spécificités et les caractéristiques multiples des altérations psychiques, de la variabilité des capacités et des limitations qu'elles génèrent tendent à rendre complexe le processus d'évaluation des situations de handicap d'origine psychique. Dans le cadre d'une demande de droit de compensation auprès de la MDPH par exemple, l'évaluation de ces situations nécessite de nombreuses investigations et une coopération étroite avec l'ensemble des acteurs (professionnels du diagnostic et du soin, de l'accompagnement, usager, entourage) pour permettre une analyse fine des retentissements et proposer un accompagnement adapté.

La recherche-action conduite par le CEDIAS-CREAI Île-de-France a mis en exergue cinq principes à prendre en compte dans la mise en place d'une évaluation globale et partagée des situations de handicap d'origine psychique²⁴ :

- (1) **Le poids majeur de l'environnement.** Si l'approche situationnelle fait aujourd'hui consensus dans l'appréhension des situations de handicap en général (c'est-à-dire considérer que le handicap est le résultat d'une interaction entre des dispositions personnelles et des facteurs environnementaux), il est apparu dans la recherche-action que pour les situations de handicap d'origine psychique, cette prise en compte de l'environnement était d'autant plus fondamentale que les conséquences des troubles psychiques apparaissent d'abord dans les relations avec les autres. Ainsi, la prise en compte du contexte de vie, et en particulier des soutiens existants et des conditions de vie défavorables, est un facteur essentiel pour identifier les besoins, mais aussi pour définir les réponses les plus adaptées, sous peine de sous-estimer les difficultés de la personne ou au contraire de ne pas identifier ses potentialités. Pour plusieurs situations de l'expérimentation, il est apparu très difficile d'anticiper les capacités de la personne dans un nouvel environnement, notamment à sa sortie d'hospitalisation ou pour passer du domicile parental à un logement personnel.

²⁴ CEDIAS-Délégation ANCREAI Île-de-France. *Recherche-action sur les situations de handicap d'origine psychique*, pour la CNSA, 2009, avec la participation des CREAI Alsace, Bretagne et Rhône-Alpes.

- (2) L'élaboration du projet de vie, l'évaluation des situations individuelles, l'identification des besoins et l'élaboration du plan personnalisé de compensation ne se font pas à un temps T par un professionnel isolé, mais s'inscrivent bien au contraire **dans un véritable processus, sur une certaine durée, dans une dynamique relationnelle faite d'allers et retours** entre la personne, son entourage et les professionnels qui l'accompagnent. C'est une succession d'évaluations dans la trajectoire de vie de la personne, à des moments charnières de la vie (étapes dans le parcours de vie), qui permettent de réajuster les réponses aux besoins. Cet enseignement a conduit notamment à préconiser la nécessité pour ces personnes – davantage que pour les autres situations de handicap – de pouvoir avoir accès à des expériences de vie (de travail, de scolarité, de logement...) et de bénéficier d'un accompagnement tout au long de leur parcours, de façon soutenue au moment des changements (et avec une souplesse dans l'adaptation du plan personnalisé de compensation).
- (3) L'évaluation suppose **une co-reconnaissance des expertises croisées**. Pour renseigner l'ensemble des domaines de vie participant au bien-être d'une personne, l'évaluation nécessite de collecter l'information auprès de plusieurs groupes d'acteurs dont l'expertise est reconnue : la personne elle-même qui pourra permettre de comprendre ses choix et son vécu ; l'entourage et les proches qui peuvent éclairer le parcours et la vie quotidienne (pour comprendre notamment le rapport aux autres, au logement, au travail...) et les professionnels de santé, du social et du médico-social qui accompagnent la personne. Ce sont ces trois groupes d'acteurs qu'il faut associer à l'évaluation, en s'appuyant sur une co-reconnaissance de chaque expertise.
- (4) **Les différentes dimensions de vie** et les réponses à apporter aux besoins sont extrêmement interdépendantes et supposent par conséquent une articulation entre elles (logement, accompagnement, soins, ressources, activités, protection juridique). Chacune est la pièce d'un puzzle, et l'absence de l'une ou son inadéquation peut remettre en cause l'équilibre de vie actuel, mais aussi la stratégie globale d'intervention.
- (5) Le processus d'évaluation ne peut être isolé de **l'organisation des réponses sur le territoire**. Ainsi, si l'on conduit une évaluation et identifie des besoins en croisant les différentes expertises pour aboutir à un plan personnalisé de compensation adapté de façon individualisée, encore faut-il que sa mise en œuvre soit possible sur le terrain. Cela nécessite notamment qu'une palette de réponses existe et que les institutions s'organisent dans une logique de service rendu, voire de plateforme de services (et non dans une logique d'établissement qui répond à l'ensemble des besoins d'un même individu).



La démarche diagnostique

Une démarche diagnostique à tout âge de la vie vise à identifier une pathologie, à confirmer un ou des troubles repérés chez une personne pour ensuite définir et organiser les soins et les soutiens spécifiques adaptés au profil de la personne. Cette démarche associe l'établissement d'un diagnostic nosologique et d'un diagnostic fonctionnel des troubles et des capacités personnelles. À partir des éléments issus de cette démarche, une stratégie globale d'interventions est à mettre en œuvre dans une logique de parcours, qui associe la personne, son entourage et l'ensemble des professionnels concernés.

L'étape de réalisation d'un diagnostic fonctionnel (ou « évaluation fonctionnelle ») a pour objectif **de préciser les difficultés, mais surtout les capacités de chaque personne dans les différents domaines évalués**. Le diagnostic fonctionnel doit aussi prendre en compte²⁵ **les obstacles** rencontrés dans l'environnement de la personne ainsi que les facilitateurs disponibles ou à créer. Ces évaluations doivent permettre d'affiner et d'adapter les accompagnements proposés.

Certains de ces accompagnements, pour être mis en place, nécessitent d'être proposés par les MDPH, voire décidés par les membres de leur CDAPH. Pour élaborer ces propositions, les MDPH s'appuient sur les informations qui leur sont transmises, notamment les éléments issus des évaluations fonctionnelles, mais aussi les habitudes et projets de vie de la personne, les démarches déjà mises en place. Elles peuvent être en situation d'observation directe de la personne, mais celle-ci se déroule sur des périodes très courtes (consultation à la MDPH, visite à domicile le cas échéant) ne permettant pas les mises en situation nécessaires pour identifier des éléments « invisibles » de ces situations de handicap.

L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH croise et analyse l'ensemble des données pour avoir une vision globale et multidimensionnelle d'une situation, qui seule permettra de mettre au jour les besoins de compensation de la personne. Pour les maladies chroniques, un des besoins présents en permanence est l'accès aux soins. Il est donc fondamental pour la MDPH d'avoir des informations précises permettant d'apprécier les besoins de la personne pour entretenir et prendre soin de sa santé et dans la prise de décisions adaptées pour sa santé et sa sécurité.

Dans un tel contexte, **la coopération partenariale, notamment entre les acteurs du diagnostic et du soin, de l'accompagnement et les équipes des MDPH**, est nécessaire. Cette coopération doit faciliter l'analyse de la situation de la personne par la MDPH en lui fournissant des éléments clairement énoncés en ce qui concerne les types de troubles, la sévérité et l'évolution des troubles, les compétences (ressources ou leviers) et contraintes existantes ou émergentes, les altérations de fonctions, les limitations d'activité et la restriction de participation. Cette transmission d'éléments par les acteurs de la démarche diagnostique est peu fréquente et avec un niveau de détails rarement suffisant ; pourtant, ces données sont capitales pour permettre aux équipes des MDPH d'appréhender la situation de handicap (voir le chapitre III) au sens de la loi de 2005 et de proposer des réponses de compensation (voir le chapitre IV).

Si cette étape de confirmation d'un trouble et d'identification de la pathologie est importante, elle n'est pas indispensable aux MDPH pour élaborer des réponses. L'absence de diagnostic ne doit pas amener à rejeter les demandes de compensation formulées auprès des MDPH ni d'ailleurs bloquer l'analyse des situations et les propositions d'accompagnements ou leur mise en œuvre par des services de soins, sociaux ou médico-sociaux.

²⁵ En référence à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), Organisation mondiale de la santé (OMS), 2001.

Pour les MDPH, l'établissement d'un diagnostic nosologique formel n'est pas indispensable, mais facilitant ; les informations issues du diagnostic fonctionnel leur sont en revanche nécessaires pour l'évaluation et les propositions de mesures de compensation. Si les altérations de fonctions sont caractérisées et, surtout, si des limitations d'activités et des restrictions de participation à la vie sociale sont identifiées et décrites, avec leurs répercussions dans la vie quotidienne de la personne, même si elles ne sont pas toutes connues, l'évaluation de la situation individuelle doit être enclenchée pour identifier des besoins et mettre en place des réponses adaptées (en orientant le cas échéant vers les acteurs du sanitaire pour la réalisation ou la confirmation d'un diagnostic).

1. Les volets et les principaux enjeux de la démarche diagnostique

Le diagnostic concerne le domaine médical. Il est étayé par des observations cliniques, associées à des examens complémentaires. Il relève, chaque fois que cela s'avère nécessaire, d'une démarche pluridisciplinaire (mobilisant ainsi les compétences d'un médecin, d'un psychologue, y compris formés en neuropsychologie, d'un ergothérapeute, d'un travailleur social) avec une évaluation médicale ou encore une évaluation neuropsychologique et neurocognitive et/ou des interactions sociales. Il s'agit de la confirmation du trouble, de l'identification de la pathologie et des altérations de fonction ainsi que de l'appréciation de ses conséquences dans la vie quotidienne. Cette démarche doit également aboutir à proposer des réponses thérapeutiques.

Si le diagnostic nosologique est important, les éléments du **diagnostic fonctionnel** constituent le socle de l'analyse d'une situation individuelle dans la mesure où les altérations de fonction, les compétences de la personne et les retentissements dans la vie quotidienne y sont identifiés.

1.1 Le diagnostic nosologique

Il s'agit de donner un nom aux troubles présentés par la personne ainsi que des références pour dégager des orientations thérapeutiques en termes de traitement pertinent et de suivi. L'établissement de ce diagnostic doit s'appuyer à la fois sur l'observation directe de la personne, mais aussi sur le recueil d'un certain nombre de données auprès de l'entourage, en particulier la façon dont les troubles sont apparus, la description de leurs manifestations actuelles et passées et les difficultés rencontrées par la personne dans son quotidien. En fonction des troubles suspectés, les dimensions évaluées dans la démarche diagnostique peuvent varier légèrement, mais certains outils standardisés, utilisés par des professionnels formés, peuvent aider à l'établissement ou à la confirmation du diagnostic nosologique.

1.2 Le diagnostic fonctionnel

L'objectif principal du diagnostic fonctionnel est d'éclairer utilement les différents acteurs (dont la personne, sa famille, la MDPH et les différents professionnels qui interviennent auprès d'elle) pour proposer des soins, accompagnements et orientations appropriés en fonction des difficultés présentées par la personne et de ses souhaits. Il s'agit donc d'apprécier pour cela la sévérité actuelle des troubles présentés et leurs répercussions sur le fonctionnement de la personne, en ne se focalisant néanmoins pas uniquement sur les difficultés présentées par celle-ci, mais aussi sur les ressources personnelles et environnementales qu'elle a pu mettre en œuvre dans son parcours. De même, dans une perspective de rétablissement, le point de vue de la personne concernée et ses souhaits quant à son projet de vie doivent être systématiquement recueillis au cours de cette évaluation.

Ce diagnostic fonctionnel est posé à un instant T et nécessite d'être reconsidéré régulièrement. Il est réalisé par une équipe pluridisciplinaire, en abordant l'ensemble des domaines de la vie de la personne (autonomie, insertion sociale et professionnelle) et en s'appuyant aussi sur les informations apportées par l'entourage. Lorsque c'est possible, l'équipe s'appuie également sur l'expertise des professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux, notamment lors de mises en situation pour évaluer les habiletés de vie quotidienne ou les capacités professionnelles.

Si les procédures et méthodes peuvent varier, l'objectif reste que chaque personne bénéficie d'une évaluation psychiatrique (sévérité actuelle des troubles, *insight*²⁶ et adhésion aux soins, stade de rétablissement, comorbidités somatiques et psychiatriques, effets secondaires des médicaments), d'une évaluation neuropsychologique (fonctionnement cognitif) et éventuellement d'une évaluation ergothérapeutique (mise en lien des troubles cognitifs avec leurs répercussions dans le quotidien, programmes individualisés pour favoriser l'autonomisation). Les psychologues et les assistantes sociales peuvent également éclairer le diagnostic fonctionnel en apportant des informations sur la structure de la personnalité, le parcours de vie, l'environnement et l'adéquation des projets avec les ressources locales.

Il existe des tests/bilans qui aident à objectiver les altérations de fonctions, les limitations d'activités, les restrictions de la participation et les facteurs contextuels. Ces tests/bilans peuvent être effectués au moyen d'outils validés scientifiquement, comme ceux qui suivent²⁷ :

- l'échelle des symptômes positifs et négatifs ou *Positive And Negative Syndrome Scale* (PANSS) pour mesurer la sévérité des symptômes chez les personnes présentant une schizophrénie ;
- l'échelle abrégée d'évaluation psychiatrique ou *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) qui est une échelle de psychopathologie générale destinée à mesurer la sévérité d'une atteinte symptomatique et les changements de symptômes ;
- les tests neuropsychologiques pour mesurer les capacités cognitives ;
- l'*Assesment of Motor Process Skills* (AMPS) qui est une évaluation des aptitudes motrices opératoires, utilisée par des ergothérapeutes ;
- le profil des activités de la vie quotidienne (PAVQ) ;
- la grille de mesure de l'activité et de la participation (G-MAP) pour décrire les limitations d'activités et les restrictions de participation en tenant compte des facteurs environnementaux ;
- l'échelle d'évaluation des processus du handicap psychique (EPHP) pour évaluer l'impact des principaux troubles cognitifs, métacognitifs et de la motivation dans la vie quotidienne ;
- le *Social Support Questionnaire* (SSQ) pour caractériser le soutien social perçu.

Toute donnée ainsi produite est à transmettre aux équipes des MDPH dans la mesure où ces données sont susceptibles de les éclairer sur les retentissements fonctionnels, les limitations d'activités, les restrictions de la participation et les contraintes.

²⁶ Trouble de la conscience de la maladie et des besoins d'aide ou de soin.

²⁷ Ces outils sont cités à titre d'exemple, la liste n'est pas exhaustive. À savoir également : ces outils ont fait l'objet d'une validation scientifique ; des acteurs ont été par ailleurs formés à leur utilisation. Ces experts formés ne sont pas forcément présents sur l'ensemble du territoire national.

Enfin, la **réalisation des mises en situation dans un milieu écologique (réel, habituel ou envisagé) et dans un milieu normalisé** (standardisé, sans influence positive ou négative) permet d'obtenir des informations pertinentes et objectivables sur le fonctionnement actuel de la personne. Elles peuvent revêtir plusieurs formes et être réalisées par différents acteurs, tant sanitaires (bilan ergothérapeutique sur site ou à domicile) que sociaux et médico-sociaux (cas de mise en situation en établissement et service d'aide par le travail – ESAT – ou *via* Cap Emploi ou d'évaluation de l'autonomie par un service d'accompagnement à la vie sociale – SAVS – ou lors d'un stage chez un partenaire médico-social). Elles sont particulièrement adaptées aux périodes de transition (passage à l'âge adulte, sortie d'hospitalisation, sortie de précarité...), mais peuvent également s'avérer utiles à tous les moments du parcours de la personne dès lors que celle-ci en émet le souhait. La seule exception constitue les phases aiguës, particulièrement lorsqu'il est nécessaire de réaliser des soins psychiatriques de façon urgente.

Plusieurs acteurs produisent ainsi des données au moyen d'outils diversifiés, qui permettent d'éclairer différentes dimensions ou composantes pouvant d'ailleurs interagir entre elles. Si l'on se réfère au modèle de la CIF et aux études françaises récentes²⁸, les grands principes de la démarche d'évaluation fonctionnelle du handicap psychique peuvent être résumés de la façon suivante²⁹ :

(1) Dépasser le modèle étiologique/médical du handicap

Il s'agit de ne pas seulement considérer la pathologie, mais l'activité et la participation résultant d'un ensemble d'interactions entre une maladie, des ressources personnelles et un environnement. L'évaluation du handicap psychique ne peut donc être réduite à l'évaluation de la symptomatologie psychiatrique.

(2) Différencier les capacités des réalisations effectives dans le champ des « activités et participation »

Les « activités et participation » sont à éclairer sous deux angles d'approche : sous l'angle de la capacité d'une personne (ce qu'elle peut faire ou la façon dont elle peut s'impliquer dans une situation) et sous l'angle de la réalisation effective (ce qu'elle fait réellement en contexte ou la façon dont elle s'implique réellement dans son contexte de vie). Ces dimensions peuvent être mesurées au moyen d'outils spécifiques utilisés par des professionnels formés dans le cadre de la démarche d'évaluation fonctionnelle (voir le chapitre II de ce guide). Pour les MDPH, ces deux angles d'approche sont à distinguer en fonction des réponses qui seront envisagées à la suite de l'évaluation d'une situation de handicap et de l'identification des besoins (voir les chapitres III et IV)³⁰.

(3) Considérer les facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux, humains ou non (soutien social, famille, stigmatisation, ressources financières...), sont nombreux. Ils peuvent être facilitateur ou obstacle à la participation et doivent donc être pris en compte dans l'évaluation.

(4) Inclure le point de vue des personnes concernées

Les facteurs personnels (ressources psychologiques par exemple) et la perception des facteurs environnementaux (soutien social, représentations sociales/stigmatisation) influent clairement sur la participation. Plus généralement, la participation sociale est étroitement liée aux aspirations et aux valeurs individuelles tout autant que familiales. Les points de vue des personnes et de leur entourage proche constituent donc une source cruciale d'informations. Il existe des outils spécifiquement dédiés au recueil de ces informations dites « non professionnelles ».

28 PASSERIEUX C., BULOT V., HARDY-BAYLÉ M. C. « Une contribution à l'évaluation du handicap psychique : l'échelle d'évaluation des processus du handicap psychique (EPHP) ». *European Journal of Disability Research*, vol. 6, n° 4, 2012, p. 296-310.

PROUTEAU A., KOLECK M., BELIO C., et al. « Mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique et cognitif : validation préliminaire de la G-MAP ». *European Journal of Disability Research*, vol. 6, n° 4, 2012, p. 279-95.

29 Ces grands principes sont en partie extraits de : PROUTEAU A., KOLECK M., BELIO C., et al. « Mesurer le handicap psychique, enjeux et méthodes ». *L'information psychiatrique*, 90(3), 2014, p. 191-5.

30 C'est-à-dire : sous l'angle de la capacité pour étudier l'éligibilité à la prestation de compensation du handicap (PCH) et sous l'angle de la réalisation effective pour la construction d'un plan global personnalisé de compensation (PPC), voir les chapitres III et IV.

- (5) Utiliser des mesures actualisées sur les modèles internationaux et répondant aux critères de validité scientifique

Adopter un vocabulaire commun et précis, correspondant à des outils scientifiquement validés, est un gage de fiabilité et d'exactitude dans la démarche d'évaluation. En effet, la multiplicité des outils et leur manque de validation scientifique constituent encore un des principaux écueils à l'évaluation actuelle.

- (6) Adopter une évaluation pluridisciplinaire et multidimensionnelle

Les points de vue divergent sur les situations (personnes, familles, professionnels). Les dimensions du handicap (travail, relations sociales...) et les niveaux de complexité (déficience, activité, participation) diffèrent. Cette multiplicité exclut donc l'évaluation unique et réductrice et oblige à élargir le processus d'évaluation, qui ne peut être rapide et monosource.

1.3 Les enjeux d'une démarche diagnostique précoce

En dépit des progrès réalisés au cours des dernières années, force est de constater qu'un retard important dans le diagnostic et la prise en charge des maladies psychiques persiste actuellement (deux ans pour la schizophrénie³¹, près de dix ans pour les troubles bipolaires dans une étude française récente³²). Ces pathologies se révélant souvent à l'adolescence, le retard diagnostique est potentiellement lourd de conséquences : moins bonne évolution clinique, risque suicidaire augmenté et désinsertion sociale, scolaire et professionnelle fréquente.

Dans ce contexte, il apparaît indispensable de réaliser un diagnostic nosologique et fonctionnel le plus précocement possible pour réduire ce délai et proposer à la personne ayant une maladie psychique des solutions thérapeutiques appropriées – médicamenteuses ou non – pour limiter ces risques et les retentissements et pour l'accompagner dans la réalisation de son projet de vie. La réalisation d'une évaluation standardisée, pluridisciplinaire, recherchant également la présence de comorbidités somatiques et psychiatriques est une étape nécessaire à ce diagnostic nosologique et fonctionnel, même si elle est difficile à mettre en œuvre.

Par ailleurs, l'inscription dans une démarche diagnostique fait déjà partie de l'accompagnement de la personne et de ses proches, de la prise de conscience de la maladie et des troubles générés. C'est également un temps d'appropriation des bilans et des soins, d'acceptation du diagnostic.

L'intervention sociale précoce : différentes recherches mettent en évidence l'intérêt de soins et d'accompagnement des troubles psychiques de façon précoce, sans attendre la chronicisation de la situation. Ainsi, différents programmes de soins spécifiques se sont développés pour traiter les premières périodes de crises. De même, quelques dispositifs ont été mis en place récemment pour apporter un soutien aux personnes jeunes vivant avec des troubles psychiques.

31 PENTTILA et al., 2014.

32 DRANCOURT et al., 2013.

2. Les acteurs de la démarche diagnostique

2.1 Les professionnels du diagnostic et du soin

Les médecins et les équipes des secteurs psychiatriques sont **les acteurs à solliciter en première intention** pour le diagnostic nosologique, le traitement et le retentissement fonctionnel des troubles psychiques sévères et persistants. D'autres professionnels, comme les psychologues, y compris spécialisés en neuropsychologie, et les ergothérapeutes, peuvent également contribuer à la réalisation d'un diagnostic fonctionnel.

Les équipes de psychiatrie de secteur ont une responsabilité « géopopulationnelle » des actions de prévention, de soin et de réinsertion pour un territoire qui couvre en moyenne une population de 70 000 habitants. Une part importante des ressources de ces équipes est consacrée aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques sévères et persistants. Cette organisation permet d'ailleurs à ces personnes d'avoir un lieu de consultations et de soins psychiatriques.

Au sein de ces équipes pluriprofessionnelles, le diagnostic est assuré par un médecin psychiatre, et certains professionnels peuvent avoir une connaissance approfondie des difficultés fonctionnelles des personnes qu'ils ont en charge. C'est le cas en particulier des psychologues, des ergothérapeutes, des infirmiers ou des assistants des services sociaux, surtout lorsque la personne est suivie dans le cadre d'un hôpital de jour ou bénéficie de visites à domicile. Ces professionnels du diagnostic et du soin sont susceptibles de transmettre des éléments sur les altérations de fonction et sur leurs conséquences, issus de leurs évaluations et de l'ensemble des observations des membres de l'équipe.

La nature des informations à transmettre est souvent encore méconnue par les équipes de secteur. Néanmoins, dans plusieurs territoires, des partenariats formalisés ont été établis entre les secteurs et la MDPH, par exemple autour d'outils structurés de partage d'informations, favorisant ainsi la qualité des échanges d'informations et la fluidité des parcours.

2.2 La place de la personne et des professionnels qui l'accompagnent

Du fait du caractère évolutif et variable des troubles psychiques, il est nécessaire d'associer **la personne elle-même** à l'évaluation ainsi que les différents acteurs mobilisés autour d'elle : **son entourage et les différents professionnels qui lui apportent soins et accompagnement**. En effet, cette « triple expertise », telle que définie dans la recherche-action nationale conduite par le CEDIAS-CREAI Île-de-France en 2008-2009, permet d'avoir une vision globale de la situation de la personne. Ce principe a été concrètement mis en œuvre par plusieurs MDPH en utilisant un outil créé par la MDPH des Yvelines, le réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines, et l'UNAFAM³³.

Il est important de rappeler que les MDPH ne produisent pas de données d'évaluation : elles rassemblent et croisent les données disponibles, les analysent pour proposer des réponses de compensation (cette mission leur est d'ailleurs spécifique). Néanmoins, en l'absence de données décrivant les répercussions, elles peuvent être conduites à investiguer, en rencontrant éventuellement les personnes pour identifier les limitations d'activités et les restrictions de participation.

³³ Cet outil propose trois questionnaires courts, de deux pages, en complément du dossier de demande officielle, que la MDPH met à disposition ou adresse à la personne, à son entourage et aux professionnels des soins qui assurent le suivi de la personne. Cet outil est présenté plus largement dans le chapitre III de ce guide, et un exemple de « triptyque » est situé en annexe.

L'utilisateur et son entourage ou encore les professionnels de l'évaluation clinique, de l'accompagnement (social, médico-social, sanitaire...) constituent la palette d'acteurs susceptibles d'apporter des données utiles aux équipes des MDPH. Leurs expertises, complémentaires à celles des professionnels du secteur de la psychiatrie, sont diversifiées et variables au niveau national : les acteurs formés à l'utilisation d'outils spécifiques et validés scientifiquement ne sont pas forcément présents ou disponibles sur l'ensemble du territoire national. Par ailleurs, la réalisation de certains bilans, comme les bilans neuropsychologiques, est encore peu déployée et proposée aux personnes en situation de handicap psychique. L'évaluation de situations individuelles pour l'élaboration de réponses de compensation par la MDPH ne peut donc être conditionnée par la transmission d'informations issues de ces bilans. Mais sans ces données, sa démarche d'analyse du droit de compensation sera complexe à réaliser et nécessitera un certain temps, notamment pour mener les diverses investigations permettant de recueillir les données pertinentes, voire de les produire, puis de les analyser.

En conclusion, le diagnostic nosologique n'est ni nécessaire ni suffisant pour que les MDPH étudient les conditions d'entrée dans le champ de la compensation. En revanche, **les informations issues des évaluations fonctionnelles, des observations du quotidien ou relatives aux accompagnements mis en place intéressent les MDPH** pour l'analyse globale de la situation qu'elles conduisent dans l'objectif d'identifier des besoins de compensation et de proposer des réponses inscrites dans le cadre des missions qui leur sont confiées.

2.3 Les ressources émergentes

Dans certains cas, un recours à des dispositifs plus spécifiques est nécessaire pour aider à la réalisation ou à la confirmation d'un diagnostic nosologique précis, pour réaliser une évaluation fonctionnelle approfondie ou encore pour obtenir un avis thérapeutique spécialisé. Ces dispositifs spécifiques se développent depuis quelques années, mais leurs missions et leur périmètre d'actions ne sont pas encore complètement définis. Par ailleurs, ils ne sont pas déployés de façon homogène sur l'ensemble du territoire national. Ils sont néanmoins présentés ici à titre illustratif.

Des réseaux, centres ressources ou équipes spécialisées peuvent constituer des points d'appui, en complément du secteur de la psychiatrie, pour bénéficier de données d'évaluation fonctionnelle complémentaires si besoin et pour informer et proposer d'autres soins. Néanmoins, ces réseaux ou centres experts **ne doivent pas être sollicités en première intention et n'ont pas vocation à se substituer aux soins du secteur psychiatrique ni aux soins d'urgence.**

Centres permettant la réalisation ou l'approfondissement d'un diagnostic nosologique et/ou fonctionnel et de soins de réhabilitation psychosociale

Pluridisciplinaires et spécialisés dans une pathologie psychiatrique, ces centres, mis en place sur quelques territoires³⁴, ont pour objectifs de favoriser un dépistage et un diagnostic précoce, de réaliser un bilan diagnostique complet (psychiatrique, somatique et cognitif), d'éviter l'aggravation des troubles et la survenue de pathologies associées (psychiatriques ou somatiques), de proposer des orientations thérapeutiques et diagnostiques. Ils permettent aussi de développer la coopération et de partager les informations entre les spécialistes du soin en psychiatrie, les généralistes, les associations de patients et de familles et d'améliorer les pratiques et la formation grâce à une constante interaction avec la recherche.

³⁴ Depuis 2007, la fondation FondaMental a notamment mis en place un réseau de centres experts dédiés aux troubles de la schizophrénie, aux troubles bipolaires, à la dépression résistante et aux troubles du spectre de l'autisme avec syndrome d'Asperger. Pour en savoir plus : <http://www.fondation-fondamental.org>

Toute personne pour qui un diagnostic est posé ou suspecté peut être orientée par un médecin vers ces dispositifs pour une demande d'avis diagnostique ou thérapeutique. Sur la base d'une évaluation, les équipes de ces centres peuvent, si nécessaire, proposer des soins de réhabilitation psychosociale³⁵ aux personnes en situation de handicap psychique (remédiation cognitive, psychoéducation, thérapies cognitives et comportementales, entraînement aux habiletés sociales). Ces soins sont proposés de façon complémentaire à la prise en charge assurée par le secteur psychiatrique s'il ne les propose pas lui-même. Ces structures sanitaires de réhabilitation psychosociale n'ont pas vocation à se substituer aux soins de secteur ou d'urgences ni à poser ou confirmer un diagnostic nosologique et ne doivent pas être sollicités pour ces indications.

Réseaux de santé mentale et centres ressources

D'autres ressources émergent sur certains territoires et peuvent constituer un appui et des ressources pour les évaluations fonctionnelles. Il peut s'agir par exemple des réseaux handicap psychique (RÉHPsy), des centres ressources handicap psychique (CRéHPsy)... Leur forme juridique et leur dénomination varient sur les territoires ; leurs missions et leur périmètre d'actions ne sont pas encore complètement fixés et pourront donc évoluer à l'avenir. La plupart visent néanmoins à faciliter les parcours des personnes en situation de handicap psychique en favorisant une interconnaissance des acteurs, en suscitant leur articulation, en sensibilisant les usagers et les professionnels partenaires ou en permettant une meilleure visibilité des dispositifs et ressources existants.

Équipes spécialisées

Certains acteurs, notamment ceux des dispositifs émergents, ont pu mettre en place des équipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique (ESEHP), pluriprofessionnelles. Lorsqu'elle est présente sur le territoire, une ESEHP³⁶ peut réaliser des évaluations fonctionnelles approfondies des situations de handicap psychique dites « complexes ». Ces évaluations constituent la base de la mobilisation, de l'adhésion et de la participation active de la personne dans son rétablissement³⁷. Elles sont réalisées en rencontrant la personne et son entourage, en recueillant les informations utiles disponibles auprès des professionnels du soin ou de l'accompagnement impliqués dans la situation, et elles peuvent comporter une dimension dite « écologique », par des mises en situation.

Par ailleurs, les éléments issus de ces évaluations fonctionnelles constituent le socle des échanges avec les partenaires. Les MDPH, les secteurs de la psychiatrie et les professionnels de l'accompagnement peuvent être destinataires de ces éléments, avec l'accord de la personne. Si le fonctionnement de l'ESEHP et les modalités d'organisation du partenariat avec les acteurs locaux varient selon les territoires, l'ESEHP peut participer au décroisement des secteurs et au développement de la coopération sociale, sanitaire et médico-sociale.

L'ESEHP n'a pas vocation à se substituer à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, mais à lui apporter, avec l'accord de la personne concernée, des informations complémentaires relatives aux limitations d'activités et aux restrictions de la participation sociale, issues des évaluations fonctionnelles réalisées.

35 Depuis 2013, les ARS Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine ont développé la structuration régionale de la réhabilitation psychosociale et labellisé cinq centres référents, un centre ressource et sept structures départementales. Ce travail est en cours dans d'autres régions.

Pour en savoir plus : <http://www.centre-ressource-rehabilitation.org>

Une définition de « réhabilitation psychosociale » est proposée dans le glossaire, en annexe 5.

36 Des ESEHP sont actuellement mises en place sur les territoires suivants : Isère, Drôme, Savoie, Haute-Savoie, Yvelines Sud.

37 Une définition de « rétablissement » est proposée dans les annexes.



La démarche d'évaluation de la situation et des besoins par la MDPH

L'évaluation des situations de handicap est l'une des missions majeures des MDPH, définie dans la loi du 11 février 2005 et confiée à une instance, l'équipe pluridisciplinaire : « Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. » (Art. L. 146-8 du Code de l'action sociale et des familles).

Cette étape n'est pas une finalité en soi ; elle est destinée à proposer des réponses de toute nature aux personnes ayant exprimé des besoins et des attentes dans le cadre d'une demande auprès de la MDPH, au regard des répercussions sur leur vie, des altérations substantielles et durables de leur état physique, intellectuel ou psychique. C'est le droit à compensation.

La compensation par des réponses dédiées aux besoins des personnes handicapées ne doit pas intervenir sans s'être interrogé sur les réponses possibles en matière d'accessibilité. Le principe d'accessibilité induit que la société doit permettre à la personne handicapée d'accéder au droit commun et, si nécessaire, de mobiliser des moyens spécifiques pour les personnes handicapées.

Pour construire des propositions d'accompagnement s'inscrivant dans leurs missions de compensation du handicap, **les équipes pluridisciplinaires ont besoin de recueillir ou de disposer d'informations concernant les altérations de fonctions et surtout la façon dont ces altérations retentissent dans la vie quotidienne, sociale, familiale ou professionnelle** (limitations d'activité et restrictions de participation sociale).

1. Les informations nécessaires aux MDPH pour identifier les besoins

Qu'il s'agisse d'une première demande ou d'un réexamen, les informations nécessaires aux MDPH pour étudier la situation sont du même ordre et concernent :

- les altérations de fonctions (déficiences) ;
- la réalisation d'activités et la participation sociale.

Les altérations de fonctions et leurs conséquences sur la réalisation d'activités et la participation sociale constituent des informations capitales que les MDPH doivent réunir afin de définir si la personne s'inscrit ou non dans une situation de handicap telle que posée par la loi du 11 février 2005 : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Art. L. 114 du Code de l'action sociale et des familles).

1.1 Les altérations de fonctions (déficiences)

En référence aux données conceptuelles de la Classification internationale du fonctionnement (CIF), une altération de fonction ou de structure anatomique peut consister en une anomalie, une carence, une perte ou un autre écart important par rapport à une norme généralement acceptée de l'état biomédical du corps et de ses fonctions. Les altérations de fonction (ou déficiences) peuvent être temporaires ou permanentes, progresser, régresser ou rester stables, être intermittentes ou continues. L'écart par rapport à la norme peut être grand ou petit, et il peut varier dans le temps. Les altérations ne dépendent pas de l'étiologie ni de la façon dont elles sont apparues : toute altération a nécessairement une cause, mais la cause en elle-même ne suffit pas forcément à expliquer l'altération qui en résulte, et une même cause ne produit pas toujours les mêmes altérations ou la même intensité.

Il n'est pas obligatoire qu'un diagnostic soit posé pour envisager l'intervention de la MDPH, mais les informations sur les altérations de fonction sont requises. Une altération de fonction peut en effet être confirmée dès le dépistage ou durant l'étape du diagnostic, même si ce dernier n'est pas encore clairement et sûrement posé dans le cadre d'une démarche diagnostique. Dès lors qu'une altération de fonction est confirmée, que son évolution est supérieure à un an et qu'il existe des conséquences dans la vie de la personne, cette situation entre bien dans le champ de la définition du handicap. Il est alors possible d'envisager le droit à compensation et d'élaborer des réponses aux besoins identifiés à la suite de la démarche d'évaluation globale et multidimensionnelle, conduite par l'équipe de la MDPH.

Les altérations de fonctions susceptibles de caractériser les situations de handicap psychique peuvent être les suivantes, en référence à la CIF :

Type d'altération de fonction	Sous-type d'altération de fonction
Fonctions mentales globales	• fonctions de la conscience (état, continuité, qualité) • fonctions d'orientation (par rapport au temps, aux lieux, aux personnes) • fonctions intellectuelles • fonctions psychosociales globales • fonctions du tempérament et de la personnalité (extraversion, amabilité, attitude consciencieuse, confiance, fiabilité...) • fonctions de l'énergie et des pulsions (niveau d'énergie, motivation, appétit, dépendances, contrôle des pulsions...) • fonctions du sommeil (quantité, qualité...)
Fonctions mentales spécifiques	• fonctions de l'attention (maintien, déplacement, division, partage) • fonctions de la mémoire (court ou long terme, remémoration) • fonctions psychomotrices (maîtrise psychomotrice...) • fonctions émotionnelles (pertinence, maîtrise...) • fonctions perceptuelles (auditive, visuelle, olfactive, gustative, tactile...) • fonctions de la pensée (rythme, forme, contenu, contrôle) • fonctions cognitives de niveau supérieur (abstraction, organisation et planification, gestion du temps, flexibilité cognitive, intuition, jugement, résolution de problèmes...) • fonctions mentales du langage • expérience de soi-même et fonctions du temps
Cette liste de données n'est pas exhaustive. Au-delà de l'atteinte des fonctions supérieures, d'autres fonctions (motrices, sensorielles, viscérales) peuvent être altérées, notamment en lien avec : • les pathologies associées ; • les effets secondaires des traitements ; • les séquelles d'accidents, d'agressions ou autres atteintes physiques. Elles devront également être prises en compte afin d'apprécier les limitations d'activités et restrictions de participation qui en découlent.	

1.2 La réalisation d'activités et la participation sociale

Toujours en référence à la CIF, l'activité désigne l'exécution d'une tâche par une personne, et la participation désigne le fait de prendre part à une situation de la vie réelle. Il est parfois difficile de faire la distinction entre activités et participation selon les domaines de vie concernés.

Les domaines correspondant aux activités et à la participation sociale couvrent toute la gamme des domaines de la vie, allant des apprentissages et actes élémentaires aux domaines plus complexes comme les relations avec autrui, la scolarité, la formation, l'activité professionnelle ou à caractère professionnel.

Des difficultés à réaliser une activité ou des problèmes rencontrés pour participer à la vie en société peuvent survenir dans ces domaines de la vie quand intervient une modification qualitative ou quantitative de la manière dont les fonctions sont exécutées. Seront alors évoquées les limitations d'activités et les restrictions de la participation sociale. Celles-ci sont estimées par rapport à une norme généralement acceptée dans une population donnée ne présentant pas de pathologie :

- les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités ;
- les restrictions de participation sociale désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans une situation de vie (sociale, familiale, professionnelle...) réelle.

Le degré de réalisation des activités et de participation sociale dépend :

- **des capacités de la personne** : aptitude d'un individu à effectuer une tâche ou à mener une action dans un environnement normalisé, standardisé, dépourvu d'une éventuelle influence négative ou positive ;
- **et/ou de ses performances** : ce qu'un individu fait dans son cadre de vie réel. C'est la réalisation effective ;
- **de facteurs sociétaux, environnementaux** (la société et l'environnement dans lesquels la personne vit) **et de facteurs personnels** (les ressources psychologiques, la personnalité, les expériences de la vie, le mode vie...) ³⁸. Il n'est d'ailleurs pas toujours possible de faire la distinction entre ces facteurs individuels et sociétaux.

Les prises en charge thérapeutiques nécessaires sont également des éléments à prendre en compte pour déterminer le niveau des répercussions dans la vie de la personne concernée. Ces contraintes peuvent être variables et être d'origine géographique, liées à la fréquence et à la répétition des prises en charge, au temps nécessaire, aux effets secondaires des traitements... De plus, certains symptômes (asthénie, douleurs, troubles du sommeil...) sont susceptibles d'entraîner ou de majorer les limitations d'activité et les restrictions de participation à la vie en société et doivent donc être pris en compte s'ils sont présents.

Le niveau des répercussions dans la vie quotidienne n'est donc pas proportionnel au niveau des altérations de fonction, mais correspond plutôt au niveau des conséquences fonctionnelles dans la vie de la personne (limitations d'activités, restrictions de participation à la vie en société) en prenant en compte les contraintes des traitements. Ce niveau des répercussions doit être pris en compte, en vue notamment d'étudier les éligibilités (telles que le taux d'incapacité ou l'accès à la prestation de compensation du handicap – PCH).

³⁸ À titre d'exemple : la stigmatisation des troubles psychiques (facteur environnemental) ou la sous-estime de soi (facteur individuel) peuvent venir limiter des capacités pourtant présentes.

À titre illustratif, les activités pouvant être limitées ou la participation sociale pouvant être restreinte sont susceptibles de se caractériser de la façon suivante, en référence à la CIF, pour les situations de personnes vivant avec un trouble psychique :

Type de limitation d'activité et de restriction de participation	Sous-type de limitation d'activité et de restriction de participation
Appliquer des connaissances	- fixer son attention - penser - lire - écrire - calculer - résoudre des problèmes - prendre des décisions
Tâches et exigences générales	- entreprendre une tâche unique (simple, complexe, de manière indépendante, en groupe) - entreprendre des tâches multiples (les effectuer, les mener à terme, de manière indépendante, en groupe) - effectuer la routine quotidienne (la gérer, la mener à bien, gérer son niveau d'activité...) - gérer le stress et autres exigences psychologiques (assumer ses responsabilités, faire face au stress, à une crise...)
Communication	- communiquer – recevoir des messages - communiquer – produire des messages - conversation (l'engager, la soutenir, y mettre fin, faire la conversation avec une ou plusieurs personnes) - discussion (avec une ou plusieurs personnes) - utilisation des appareils et techniques de communication
Mobilité	- soulever et porter des objets - activités de motricité fine - se déplacer dans différents lieux - utiliser un moyen de transport (transports en commun...) - conduire un véhicule
Entretien personnel	- se laver - prendre soin de parties de son corps - aller aux toilettes - s'habiller - manger - boire - prendre soin de sa santé

Type de limitation d'activité et de restriction de participation	Sous-type de limitation d'activité et de restriction de participation
Vie domestique	• acquérir des produits d'usage courant (acquérir un endroit pour vivre, des produits et services...) • tâches ménagères (préparer les repas, faire le ménage...) • s'occuper des effets ménagers et des autres
Relation et interaction avec autrui	• interactions de base avec autrui (tolérance, critique, conventions sociales, contact physique...) • interactions complexes avec autrui (nouer des relations, mettre fin à des relations, maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui, avoir des relations conformes aux règles sociales...) • relations avec des étrangers • relations formelles (personnes ayant autorité, pairs...) • relations sociales informelles (amis, voisins...) • relations familiales • relations intimes (amoureuses, maritales, sexuelles)
Grands domaines de la vie	• éducation (scolaire, professionnelle, supérieure) • travail et emploi (apprentissage, obtenir, garder et quitter un emploi, emploi rémunéré ou non rémunéré) • vie économique (transactions économiques élémentaires ou complexes, autosuffisance économique)
Vie communautaire, sociale et civique	• vie communautaire • récréation et loisirs • religion et vie spirituelle • droits humains • vie politique et citoyenneté
Au-delà de ces limitations d'activités et restrictions de participation, d'autres répercussions peuvent être constatées et doivent être prises en compte dès lors qu'elles sont en lien avec les altérations de fonctions identifiées. Les données citées ici ne sont pas exhaustives et peuvent être complétées en fonction de celles issues de l'évaluation individualisée de chaque situation.	

La nature des troubles rend l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique particulièrement complexe :

- ils peuvent affecter la volition, la motivation, induisant une incapacité psychique à entreprendre l'action alors que la capacité physique à effectuer chacun des gestes est préservée ;
- les difficultés constatées sont souvent fluctuantes, mais la vulnérabilité des personnes est constante et leur sensibilité à l'environnement est très grande ;
- les traitements participent à la situation de handicap : les médicaments, en raison de leurs effets secondaires, et les hospitalisations, en raison de la stigmatisation qu'elles entraînent et de leurs effets de désinsertion sociale.

1.3 Les supports de recueil de ces informations

Qu'il s'agisse d'une première demande ou d'un réexamen (renouvellement, nouvelle demande, révision), les informations nécessaires aux MDPH pour étudier la situation sont du même ordre. Les équipes pluridisciplinaires des MDPH ont besoin de données sur la situation individuelle, sur le retentissement des troubles dans la vie sociale et domestique, familiale, affective, professionnelle de la personne ainsi que de données relatives à son autonomie. Ces différentes dimensions de la vie de la personne sont celles observées en comparaison à une personne du même âge.

Pour recueillir ces informations, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH s'appuie **sur plusieurs supports**.

Le projet de vie

Le projet de vie de la personne est la formulation de ses attentes, souhaits et besoins à court, moyen ou long terme afin que l'équipe pluridisciplinaire connaisse plus finement la situation individuelle du point de vue de la personne elle-même et y apporte les réponses les plus adaptées possible. Il s'agit pour l'essentiel de prendre en compte l'expression, subjective, de la situation telle qu'elle est vécue par la personne au quotidien.

Le certificat médical

Le certificat médical inclut les limitations et restrictions fonctionnelles, informations pertinentes dont les MDPH ont besoin pour l'évaluation des situations et des besoins de compensation afin d'élaborer des réponses relatives au droit spécifique/droit à compensation. Ces informations attendues comprennent non seulement le diagnostic de la pathologie, les altérations de fonctions, mais aussi et surtout, le retentissement fonctionnel des troubles dans la vie quotidienne, l'évolution de ces troubles et leurs conséquences, les types et l'impact des prises en charge thérapeutiques...

Depuis le décret du 23 décembre 2015³⁹, la durée de validité du certificat médical est passée de trois à six mois. Néanmoins, dans le cas d'une situation de handicap susceptible d'évoluer rapidement, l'équipe pluridisciplinaire peut demander un certificat médical actualisé.

Le certificat médical, renseigné par le médecin (généraliste ou psychiatre), devrait être complété⁴⁰ non seulement sur la base de ses observations et bilans de consultation, mais aussi des éléments issus des échanges et des données transmises par les autres intervenants auprès de la personne concernée (professionnels, entourage familial, amical). Concernant les limitations d'activité et restrictions de participation, il est essentiel de préciser si la personne, bien qu'ayant les capacités physiques de les réaliser, les entreprend spontanément, les mène à bien habituellement et correctement sans avoir besoin d'une stimulation ou d'une supervision et, le cas échéant, le niveau de cette stimulation ou supervision. Ces informations sont le plus souvent absentes, ce qui peut laisser penser à tort que la personne est autonome alors même que ces limitations bien réelles font partie des critères permettant le cas échéant l'ouverture de certains droits à compensation.

³⁹ Décret n° 2015-1746 du 23 décembre 2015 relatif au certificat médical joint à la demande déposée en maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

⁴⁰ Sur ce sujet et particulièrement corrélié aux situations de handicap psychique, des travaux débiteront en 2017 pour que le certificat médical soit mieux compris, plus explicite et mieux renseigné.

Autres supports de coopération entre les acteurs

En complément de ces supports, la démarche d'évaluation de situations de handicap conduite par les équipes des MDPH s'appuie **sur les observations, comptes rendus et bilans des différents acteurs intervenant auprès des personnes** : professionnels médicaux, paramédicaux (ergothérapeutes, neuropsychologues...), professionnels des champs du social, du médico-social, du scolaire, de l'emploi, de l'insertion professionnelle ou de la formation... et toute personne proche, comme la famille. Ces supports doivent contenir des informations relatives au retentissement fonctionnel et/ou à l'impact de l'accompagnement mis en place pour réaliser des activités et mener une vie sociale, familiale ou professionnelle.

Dans le cadre d'une demande relative à l'insertion professionnelle et à l'emploi par exemple, les informations requises sont relatives au cursus scolaire, au parcours professionnel (formations, emplois exercés, motifs d'échec ou de rupture dans le parcours), renseignées par la personne avec son référent ou accompagnateur. Les actions mises en place pour l'insertion professionnelle et le retentissement des troubles sur le plan professionnel doivent également être décrites et portées à la connaissance des équipes des MDPH.

Lorsque des aides ont été mises en œuvre, quelle qu'en soit la nature, il est nécessaire qu'un bilan de ces actions accompagne la demande de l'usager auprès de la MDPH, incluant un récapitulatif de ce qui a été mis en place avec/pour la personne et les éléments qui ont été ainsi identifiés : les points d'appui, leviers et limites de ces actions, les capacités et difficultés de la personne dans la réalisation de ses activités, dans sa vie quotidienne, professionnelle et sociale, ainsi que le contexte dans lequel les capacités et les difficultés s'expriment, les éléments de l'environnement pouvant jouer un rôle d'obstacle ou de facilitateur. Des supports à ces échanges d'informations peuvent d'ailleurs avoir été mis en place avec les MDPH dans la perspective de développer un langage commun et de faciliter la démarche de coopération entre acteurs (démarche dite de GEVA-compatibilité⁴¹).

Parmi ces supports d'échanges existants, le « **triptyque** »⁴² (déjà évoqué dans le chapitre II de ce guide) peut être cité dans la mesure où plusieurs MDPH s'en sont emparées et où ce support est compatible avec les informations attendues par les MDPH. Ainsi, en complément du certificat médical, des comptes rendus et des bilans des acteurs concernés (voir *supra*), des MDPH peuvent proposer de renseigner trois questionnaires permettant le recueil des données nécessaires pour apprécier les situations individuelles de handicap d'origine psychique. Il s'agit des documents suivants :

- un questionnaire pour la personne concernée, destiné à l'aider dans l'expression de ses besoins et attentes. Le vécu de la personne et ses choix dans la situation actuelle ou dans une situation espérée, projetée sont essentiels pour comprendre la problématique dans laquelle elle se trouve ;
- un questionnaire destiné à l'équipe soignante, soit des professionnels de santé impliqués dans l'accompagnement de la personne (psychiatre, infirmier effectuant des visites à domicile...), soit des professionnels qui l'accompagnent vers les soins (SAMSAH...), permet d'obtenir des éléments sur la nature des troubles, leurs retentissements dans les actes de la vie quotidienne, ainsi que les actions menées (dont thérapeutiques) ;

⁴¹ La démarche de GEVA-compatibilité traduit la volonté des acteurs de se coordonner et de partager les informations nécessaires et attendues par les équipes des MDPH, relatives à la situation de handicap d'une personne. Il est question de rendre les informations transmises compatibles avec les concepts et le vocabulaire du GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées), référentiel réglementaire pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH, qui se base sur la définition de handicap issue de la loi du 11 février 2005 et inspirée de la CIF. Les outils dits GEVA-compatibles sont donc les outils favorisant ces échanges d'informations, compatibles avec le vocabulaire et les nomenclatures du GEVA (voir le mémo et le cahier pédagogique sur le GEVA).

⁴² Le « triptyque » ou « trépied » figure en annexe 2 dans une version remaniée, fidèle néanmoins à la philosophie de la démarche initiale.

- un questionnaire destiné à l'entourage afin de mieux mesurer le degré d'autonomie de la personne dans ses actes quotidiens. L'entourage, et en premier lieu les proches, qu'il s'agisse de la famille, d'un ami, d'un « aidant », d'un « accompagnant », peut éclairer à la fois le parcours de vie et la vie quotidienne (les activités domestiques, le rapport aux autres, au travail, à l'habitat, aux soins). La connaissance et la compétence de l'entourage familial (parents et fratrie) sont souvent précieuses pour mieux comprendre les situations de handicap psychique, notamment sur les aspects suivants :
 - la description concrète des limitations d'activités en fonction notamment des contextes, des circonstances, des événements ou de l'attitude de l'entourage,
 - la connaissance des potentialités des personnes, leurs habiletés et leurs qualités, dimension qui est souvent absente des dossiers d'instruction des demandes,
 - l'histoire de la maladie et du parcours de vie.

De plus, le point de vue de l'entourage sur son rôle d'aidant est également fondamental dans la mesure où il constitue les ressources environnementales principales à prendre en compte pour construire une stratégie globale d'intervention.

Ces trois aspects (personne-proches-professionnels) fondent la qualité de l'information. Cette approche permet le cas échéant de croiser les différentes observations et de mesurer les écarts éventuels entre les difficultés/ressources identifiées par les professionnels, l'entourage, la personne et les demandes d'aide et de soutien demandées par l'usager. **En l'absence de ces données attendues par les MDPH, des recherches d'informations sont effectuées par des membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH** (psychiatre, psychologue, assistant de service social, infirmier...) dans l'objectif d'identifier les limitations d'activités et les restrictions de participation.

Les éléments croisés du vécu et du quotidien (habitudes de vie, obstacles et compétences pour réaliser des activités quotidiennes et participer à la vie sociale) de la personne, de ses proches (famille, aidant, accompagnant, ami...) et des professionnels permettront une connaissance fine des limitations d'activités et des restrictions de participation sociale. **C'est sur cette base d'informations recueillies, organisées ensuite dans les différents volets du GEVA, que la démarche d'évaluation d'une situation individuelle** reposera, afin d'identifier les besoins de compensation puis d'élaborer des propositions de réponses.

1.4 Les évolutions des documents supports

Suite aux travaux menés sur le plan national dans le cadre de l'expérimentation « IMPACT »⁴³, un nouveau certificat médical doit être mis en place courant 2017. L'objectif de ce nouveau certificat est de faciliter :

- le remplissage du document par les médecins (une nouvelle notice explicative sera également élaborée pour informer les professionnels médicaux des modalités de remplissage de ce certificat) ;
- la transmission aux équipes pluridisciplinaires des informations pertinentes nécessaires pour l'évaluation de la situation, en particulier celles relatives aux différents troubles de la personne, aux prises en charge thérapeutiques et à leurs conséquences, ainsi qu'aux répercussions dans les différents aspects de la vie de la personne.

⁴³ Le projet « IMPACT » (innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires) a été mené en 2014 et 2015 afin de simplifier et personnaliser le parcours des usagers, d'améliorer les délais de traitement en cohérence avec la loi de 2005, de renforcer la qualité des décisions et l'égalité de traitement sur le territoire.

De plus, sur le même principe que le volet complémentaire spécifique pour les atteintes ophtalmologiques, des annexes spécifiques sont envisagées pour les atteintes auditives ainsi que pour les atteintes mentales, cognitives ou psychiques. L'objectif de ce dernier document sera de permettre aux praticiens de faire état plus facilement des différentes altérations de fonctions de ces personnes, difficiles à objectiver physiquement, mais qui peuvent pourtant avoir des conséquences très importantes dans les différents aspects de la vie des personnes (comme les troubles de la métacognition).

Enfin, dans un objectif d'harmonisation des pratiques, il est également prévu de mettre en place d'autres outils visant à la transmission des informations relatives aux différentes conséquences constatées dans la vie des personnes en situation de handicap. Quelles que soient les pathologies et les déficiences concernées, avec l'accord de la personne ou de son représentant légal, ces documents pourront être complétés par :

- les membres de l'entourage familial ou amical ;
- les professionnels intervenant auprès de la personne, qu'ils soient du domaine sanitaire (sans pour autant être des professionnels médicaux), médico-social, social ou professionnel.

2. Les besoins de compensation et leur identification : la démarche d'évaluation

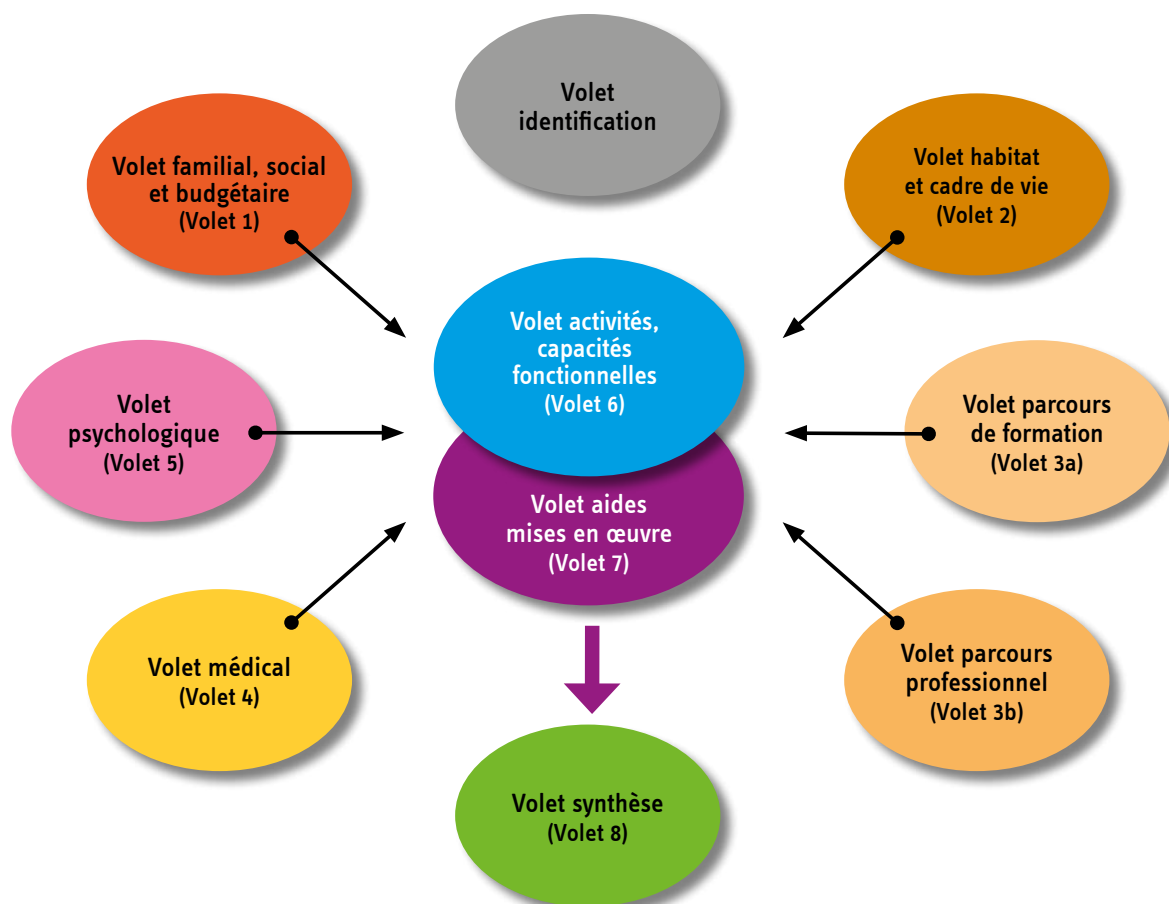
Ces informations collectées ou transmises aux équipes pluridisciplinaires des MDPH par la personne, son entourage ou les partenaires qui l'accompagnent et/ou interviennent auprès d'elle doivent être intégrées dans les différents volets du GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées). Outil réglementaire national pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH, il structure la démarche d'évaluation⁴⁴ promue par les définitions du handicap et du droit à compensation posées dans la loi du 11 février 2005.

Il ne permet pas d'évaluer les besoins de façon codifiée pour aboutir à des réponses standardisées, mais il organise le recueil de données afin d'avoir une photographie nette et globale de la situation de handicap.

L'utilisation du GEVA doit être adaptée selon les situations individuelles. Si plusieurs personnes peuvent présenter des troubles identiques, la façon dont ceux-ci se manifestent et sont vécus varie. De même, les caractéristiques de l'environnement, des prises en charge et accompagnements sont différentes, et leurs conséquences sont également variées, non similaires d'une situation à l'autre. Quels que soient le type, le contenu et la quantité des informations transmises aux MDPH, l'idée est de photographier la situation de handicap pour ensuite l'analyser de façon globale et multidimensionnelle.

⁴⁴ CNSA. *Le GEVA. Évaluer les besoins de compensation*, 2012, « Les Cahiers pédagogiques de la CNSA ».

Cette photographie est réalisée au moyen du GEVA, en rassemblant les données d'évaluation d'une situation d'une personne dans les différents domaines de vie (activités quotidiennes, vie sociale, santé, scolarisation, travail, cadre de vie/habitat...). La logique du GEVA est centrée sur la mise en évidence des limitations d'activité et des restrictions de participation sociale (volet 6) et sur l'analyse d'autres dimensions, d'ordre individuel ou environnemental, qui interagissent dans la situation de handicap d'une personne (déclinées dans les autres volets du GEVA).



Les différents volets du GEVA. Source : CNSA.

Ces volets permettent **d'organiser les informations transmises** et d'identifier la nécessité de conduire de nouvelles investigations pour améliorer la connaissance de la situation de handicap :

- le volet 6 décrit les limitations d'activité et les restrictions de participation sociale de la personne en s'appuyant sur les concepts de la CIF. **L'approche par les activités de la personne, et surtout leur réalisation effective, permet en effet de ne pas se limiter à une approche biomédicale du handicap, centrée sur la personne, et de bien mettre en évidence l'interaction avec l'environnement qui peut agir comme un facilitateur ou un obstacle.** Cette approche permet d'identifier les types de compensation à mettre en œuvre : conforter ou mettre en place des facilitateurs (comme des aides humaines, des aménagements divers...) ou lever des obstacles ;
- **les autres volets** apportent des éléments supplémentaires et complémentaires dans les autres dimensions du handicap : les caractéristiques individuelles (aspects médicaux ou psychologiques) et les caractéristiques de l'environnement humain ou physique dans lequel évolue la personne ;
- **le volet 8** synthétise les informations collectées et met en évidence les différents besoins de compensation. Les éléments rassemblés doivent aussi préparer le dialogue entre l'équipe pluridisciplinaire et les membres de la CDAPH et motiver préconisations et décisions.

L'ensemble des données recueillies dans le GEVA doit permettre d'analyser globalement une situation et, si besoin, d'étudier les critères d'éligibilité aux différentes prestations de compensation. Une partie du volet 6 inclut les éléments de l'annexe 2-5 du CASF, qui permettent d'étudier l'éligibilité à la PCH en analysant les capacités fonctionnelles théoriques à réaliser dix-neuf activités (voir la partie relative aux prestations dans ce guide).

Cette première étape essentielle de la démarche d'évaluation, caractérisée par l'analyse globale et multidimensionnelle d'une situation individuelle, nécessite ainsi une coopération entre l'ensemble des partenaires : la personne elle-même, l'entourage et les professionnels concernés.

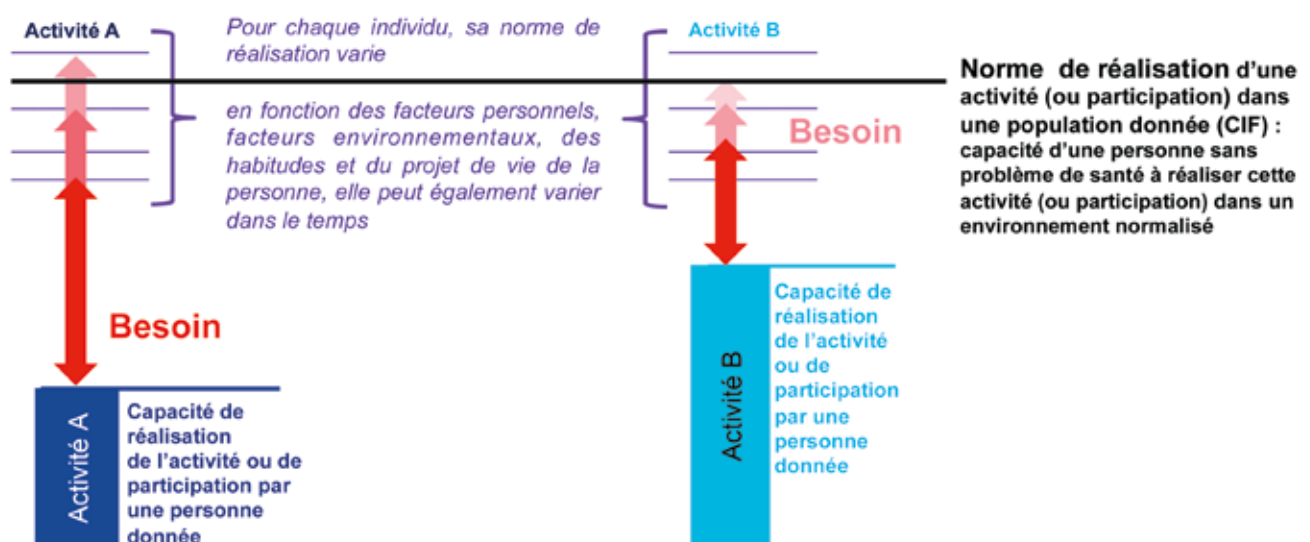
L'analyse des informations recueillies doit ensuite permettre aux équipes pluridisciplinaires des MDPH de mettre en évidence des besoins de compensation. **L'identification des besoins se caractérise ainsi comme une deuxième étape de la démarche d'évaluation.**

Le besoin⁴⁵ est défini comme un écart à la norme de réalisation d'une activité (ou de participation) dans une population donnée par rapport à ce que l'on peut attendre de la part d'individus n'ayant pas de problème de santé. Cet écart prend en compte la situation et le contexte de vie de la personne ainsi que ses attentes, souhaits et aspirations (projet de vie).

Cette norme de réalisation, socioculturelle et collective (dans une population donnée), est confrontée à la norme de réalisation individuelle (celle propre à chaque individu, la perception de ses capacités et potentialités, ses habitudes et son projet de vie). **De ce fait, les besoins identifiés, relatifs à l'écart à combler, peuvent varier selon les facteurs personnels et environnementaux, les habitudes et le projet de vie d'une personne ; ils peuvent aussi évoluer différemment dans le temps.** Les besoins peuvent donc varier selon les individus (même si ceux-ci réalisent une activité ou participent à la vie sociale de la même façon) et dans le temps pour un même individu.

Définition et schématisation de la définition du besoin (SERAFIN-PH)

Le besoin se définit dans l'écart à la norme de réalisation en s'appuyant sur les capacités et potentialités, les habitudes et le projet de vie de la personne.



⁴⁵ Cette notion de besoin a fait l'objet d'un travail de définition en 2015, basé sur la CIF, par l'équipe et les membres du groupe technique national du projet « services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées » (SERAFIN-PH). Ce travail a été publié : CNSA, DGCS. *Nomenclatures besoins et prestations détaillées*. SERAFIN-PH, janvier 2016.

Les besoins identifiés par les équipes des MDPH peuvent être relatifs aux domaines suivants⁴⁶ :

- des besoins en matière de santé : pour l'accès aux soins psychiques et somatiques, pour entretenir et prendre soin de sa santé ;
- des besoins en matière d'autonomie : pour l'entretien personnel, les relations et les interactions avec autrui, la mobilité, la prise de décisions adaptées et la sécurité ;
- des besoins pour la participation sociale : pour accéder aux droits et à la citoyenneté, pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques, pour l'insertion sociale et professionnelle et exercer ses rôles sociaux, pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport, pour la gestion des ressources et accéder à l'autosuffisance économique ;
- des besoins pour les proches, pour proposer un répit aux parents, aux aidants...

Cette démarche de mise en évidence des besoins par les équipes des MDPH doit être faite « hors contrainte de l'offre », sans présupposer les réponses possibles. C'est ce qui permettra l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation identifiant les solutions les plus adéquates, non seulement au regard des besoins de la personne, mais également au regard de ses attentes sans se limiter obligatoirement aux demandes explicitement formulées par la personne ou par ceux qui l'accompagnent. La démarche d'évaluation n'est pas une finalité en soi : elle n'a de sens que dans l'objectif d'élaborer des réponses personnalisées de compensation du handicap.

Enfin, les différentes étapes (analyse globale, identification des besoins) décrites dans ce chapitre peuvent ne pas être aussi séquencées ; elles peuvent être réalisées de façon simultanée. Elles structurent les démarches dans lesquelles s'inscrivent les équipes des MDPH pour répondre aux attendus de la loi du 11 février 2005.

3. Spécificités de la démarche d'évaluation

Il s'agit ici de pointer les spécificités de la démarche d'évaluation des situations de handicap d'origine psychique, réalisée par les équipes des MDPH. La démarche d'évaluation de ces situations se caractérise en effet par les spécificités suivantes :

- elle est **un processus, qui s'inscrit sur une certaine durée, dans une dynamique relationnelle** ;
- elle est réalisée par le biais d'**allers et retours entre la personne, son entourage et les professionnels qui l'accompagnent**⁴⁷ ;
- elle ne doit pas s'arrêter à la **non-réponse des personnes** : celles-ci peuvent en effet rencontrer des difficultés pour effectuer des démarches, pour répondre aux sollicitations des MDPH et de tout professionnel (comme évoqué dans le chapitre I de ce guide, la relation à autrui, l'absence de réaction et de réponse à autrui peuvent être des manifestations possibles des troubles psychiques) ;
- elle doit prendre en considération **les manifestations singulières des troubles psychiques**, caractérisées par le déni, la non-demande, la non-prise de conscience des troubles et de leur situation... ; ces manifestations peuvent conduire les personnes, vis-à-vis des équipes des MDPH, à ne pas exprimer d'attentes, de besoins, à sous ou surestimer leurs capacités à réaliser des activités ou à participer à la vie de la société...

⁴⁶ Cette typologie des besoins susceptibles d'être identifiés est issue à la fois du projet SERAFIN-PH sur les nomenclatures des besoins et prestations détaillées (CNSA et DGCS, janvier 2016) et des mots-clés de l'aide à l'autonomie (CNSA, 2009).

⁴⁷ CEDIAS-Délégation ANCREAI Île-de-France. *L'évaluation des situations de handicap d'origine psychique*, étude conduite en 2008 et 2009 pour la CNSA.

En outre, la démarche doit prendre en compte une autre spécificité éventuelle, liée à une situation de handicap d'origine psychique, définie par une difficulté à avoir des attentes, à faire des choix, à impulser une décision ou une action. Les personnes peuvent être dans l'absence de demande explicite et ne pas (ou peu) exprimer de motivation *a priori*. Ces difficultés peuvent être liées à l'interaction entre les conséquences des troubles psychiatriques (dénî, douleur morale, délire...) et les conséquences liées au contexte environnemental (production de normes et attitudes, perception et appropriation de ces normes). Cette interaction peut produire un phénomène d'autostigmatisation des personnes, qui les conduit à minimiser leur réalité dans un souci de normalisation.

C'est pourquoi il est important non seulement de nouer une relation de confiance, mais aussi de confronter le « dire » et le « faire ». Une personne peut parfaitement décrire une action simple comme la toilette sans pour cela être capable de la réaliser. Il s'agit donc de ne pas se limiter au déclaratif de la personne concernée et de **chercher à connaître sa capacité physique et psychique à faire**, en se basant sur les observations, les bilans...

L'évaluation d'une situation de handicap d'origine psychique doit être conçue comme un processus accompagné, qui part de ce qui fait sens pour la personne et qui nécessite généralement des mises en situation réelle. Ce processus d'évaluation doit permettre des essais et des réajustements, notamment en matière de logement et d'activité professionnelle. L'élaboration d'un projet de vie chemine de concert avec le processus d'évaluation de la situation de handicap et avec son appropriation par la personne elle-même.

4. Des clés de lecture pour l'utilisation du GEVA

Certains éléments du GEVA nécessitent d'être clarifiés pour améliorer la compréhension de la réalisation d'activités et de la participation sociale d'une personne en situation de handicap d'origine psychique :

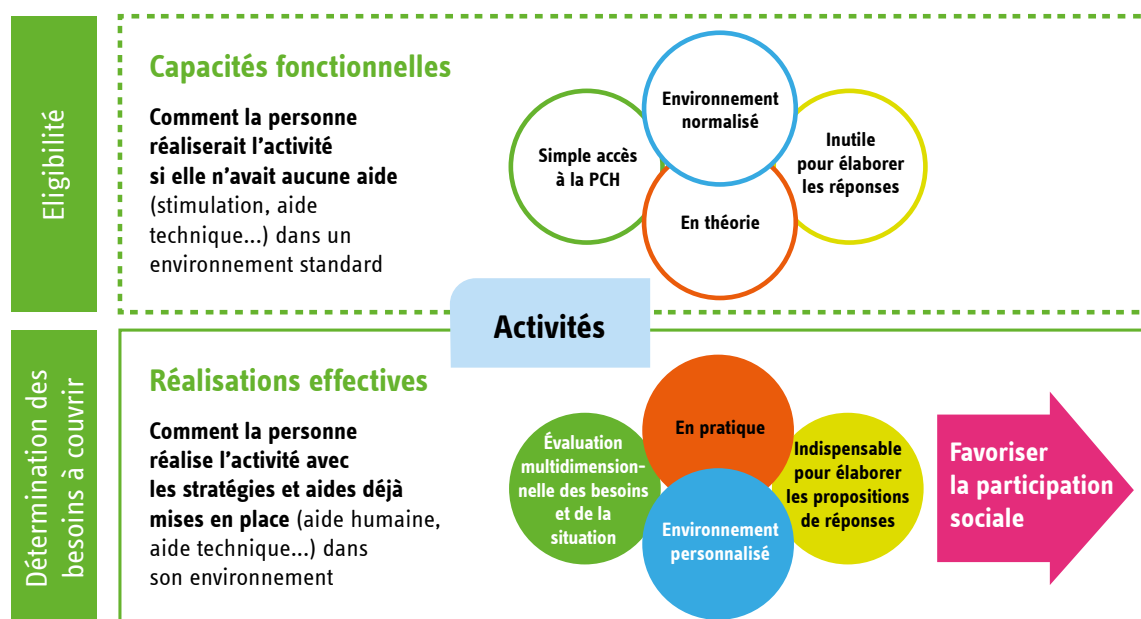
- tout d'abord, la façon d'analyser les activités, quelles qu'elles soient, selon l'objectif poursuivi (les activités ne sont effectivement pas étudiées de la même façon pour l'éligibilité seule à la PCH et pour l'identification des besoins globaux visant à proposer des réponses de compensation, inscrites dans le champ de missions des MDPH) ;
- puis la façon de comprendre, lire, interpréter certaines activités du volet 6 du GEVA au prisme des situations de handicap psychique.

4.1 Focus sur la méthode d'analyse des activités

Tout d'abord, « la capacité de la personne à réaliser une activité » et « la réalisation effective de l'activité » sont deux éléments d'observation différents et complémentaires qui renvoient à des objectifs distincts :

- le premier élément, « capacité fonctionnelle » ou « capacité à réaliser une activité », consiste à étudier l'éligibilité à une seule réponse de compensation : la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- le second, « réalisation effective de l'activité », vise à analyser une situation individuelle globale dans l'objectif d'élaborer un plan personnalisé de compensation du handicap (PPC).

Différences entre capacités fonctionnelles et réalisations effectives



Source : CNSA, Guide pour l'éligibilité à la PCH, juin 2011, « Dossier technique » ; et L'éligibilité à la PCH, octobre 2013, « Les Cahiers pédagogiques de la CNSA ».

La notion de « **capacité fonctionnelle** » est définie dans la CIF comme l'aptitude d'une personne à effectuer une tâche ou à mener une action dans un environnement normalisé. Pour l'application de la réglementation, la capacité fonctionnelle est définie dans l'annexe 2-5 du CASF : « La détermination du niveau de difficulté se fait en référence à la réalisation de l'activité par une personne du même âge qui n'a pas de problème de santé. Elle résulte de l'analyse de la capacité fonctionnelle de la personne, capacité déterminée sans tenir compte des aides apportées, quelle que ce soit la nature de ces aides. Elle prend en compte les symptômes (douleur, inconfort, fatigabilité, lenteur...) qui peuvent aggraver les difficultés dès lors qu'ils évoluent au long cours. »

La « capacité fonctionnelle » inclut la **capacité physique ET la capacité psychique** à réaliser une activité.

Cette démarche d'appréciation des capacités fonctionnelles est conduite seulement dans l'objectif de rechercher une réponse caractérisée par l'accès à la prestation de compensation du handicap (PCH). Si cette démarche s'inscrit dans le processus d'évaluation mis en œuvre dans les MDPH, elle n'en constitue qu'un seul pan. En effet, l'analyse des capacités fonctionnelles ne vise pas à étudier une situation individuelle de façon globale et multidimensionnelle pour identifier des besoins et élaborer des propositions de réponses.

Or, le principe général de la compensation, énoncé dans l'article L. 114-1-1 du CASF, va bien au-delà de l'attribution de la seule prestation de compensation du handicap : la PCH n'est qu'un seul des éléments permettant la mise en œuvre de ce principe de compensation (voir la partie relative à l'éligibilité à la PCH dans ce guide).

La réalisation effective des activités correspond à la façon dont la personne les vit au quotidien, en fonction des facilitateurs qu'elle mobilise et des obstacles qu'elle rencontre, en relation avec l'environnement, qu'il soit physique ou humain (familial et/ou social). Ces activités, réparties en plusieurs domaines, sont étudiées en référence à ce que la personne fait dans la réalité, à ses stratégies et à ses adaptations.

L'appréciation des réalisations effectives est essentielle à la mise en évidence contextualisée des besoins de compensation pour lesquels des propositions de réponses seront élaborées avec la personne afin de maintenir ou de développer sa participation sociale.

La réalisation effective de l'activité, ce que fait la personne dans la réalité, est appréciée au regard des niveaux suivants : activité réalisée ou non, avec difficulté ou non, de sa propre initiative ou non (le cas échéant, il est important d'apprécier le type et la fréquence de l'aide). Cette description nécessite d'être complétée par l'analyse de facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur la réalisation effective de l'activité. Ces facteurs⁴⁸ pouvant faciliter (facilitateurs) ou entraver (obstacles) cette réalisation sont les suivants :

- l'environnement humain (aidants et famille accompagnant les personnes avec un trouble psychique sévère et persistant) ;
- l'environnement technique (aide technique) ;
- le logement (aménagement, adaptation à la situation de handicap) ;
- les services (la mise en place ou l'absence d'un service d'aide, les modalités, le contenu).

Toutes les précisions nécessaires à la bonne compréhension des situations, **y compris les stratégies de compensation utilisées**, peuvent notamment être décrites. Elles constituent des techniques mises en place ou des mécanismes conçus et adoptés par la personne elle-même à un moment donné pour s'adapter à son environnement. Ces stratégies de compensation sont à porter à la connaissance des équipes des MDPH : elles sont prises en compte dans l'analyse de la réalisation d'activités au même titre que les facteurs environnementaux cités ci-dessus. Elles peuvent par ailleurs varier et évoluer selon le temps, l'âge, le contexte ou la situation de vie.

⁴⁸ Ces facteurs (H, T, L, S) sont ceux qui correspondent aux nomenclatures du GEVA. Pour rappel, d'autres facteurs peuvent être pris en compte, notamment les facteurs sociétaux (l'adaptation des normes et des attitudes d'une société ou d'un groupe d'individus ou leur façon de prendre en considération les spécificités des troubles psychiques décrites dans le chapitre I de ce guide).

4.2 Focus sur les domaines d'activités et items

Certains domaines d'activités et items du volet 6 du GEVA méritent une attention particulière dans le cadre de la démarche d'évaluation de la situation de personnes présentant des troubles psychiques sévères et persistants. Le tableau (pages suivantes), structuré par domaine (en prenant appui notamment sur la CIF et le manuel du GEVA), met en évidence les activités et les participations susceptibles d'être le plus difficiles à appréhender pour ces situations et les composantes ou les formes qu'elles peuvent prendre.

Toutes les activités faisant l'objet du volet 6 du GEVA ne sont pas définies dans ce tableau. Cela ne signifie pas pour autant que les autres items/activités du volet 6 du GEVA ne doivent pas être explorés ; ils sont tout à fait pertinents pour compléter l'analyse d'une situation individuelle relative aux troubles psychiques sévères et persistants.

Principes généraux pour la lecture du tableau (pages suivantes)

Comme évoqué *supra*, l'évaluation de la situation de la personne doit amener à apprécier :

- **la réalisation effective des activités** correspondant à la façon dont la personne les vit au quotidien en fonction des facilitateurs qu'elle mobilise et des obstacles qu'elle rencontre, en relation avec l'environnement, qu'il soit physique ou humain ;
- **la capacité fonctionnelle pour certaines activités** correspondant à l'aptitude d'une personne à effectuer une tâche ou à mener une action dans un environnement normalisé. **Cette aptitude ne doit pas être appréciée seulement au regard de la capacité physique de la personne à effectuer l'activité concernée, mais elle doit aussi prendre en compte ses capacités psychique et cognitive.**

L'appréciation de la réalisation effective se fait en tenant compte de l'impact des différents troubles (psychiques, cognitifs, moteurs, viscéraux, sensoriels) non seulement sur la réalisation de l'activité, mais aussi sur la perception que la personne peut en avoir. **Par exemple**, du fait des troubles de la métacognition, la personne peut ne pas avoir conscience de ses limitations d'activités et restrictions de participation, elle peut les minimiser ou les exagérer. La démarche d'évaluation doit permettre d'identifier si la personne réalise l'activité, comment elle la réalise et s'il lui arrive de ne pas la réaliser. Elle doit donc s'attacher à rechercher ces informations auprès de la personne concernée ou de son entourage, qu'il soit professionnel, familial ou amical, afin de croiser ces différentes données.

Mode de lecture de chaque activité décrite

Ce tableau n'est pas un questionnaire ni un guide d'entretien. Il constitue plutôt un dictionnaire puisqu'il vise à apporter des définitions et une façon de comprendre un certain nombre d'activités référencées dans le volet 6 du GEVA, au prisme des situations de handicap d'origine psychique.

NOM DU DOMAINE DES ACTIVITÉS DANS LE GEVA	
Code nomenclature Volet 6 GEVA	Nom de l'activité
	Définition : définition de l'activité en référence à la CIF ou au manuel d'accompagnement du GEVA. Inclusion : ce qui est intégré dans la définition de l'activité en référence à la CIF ou au manuel d'accompagnement du GEVA. Exclusion : ce qui n'est pas intégré dans la définition de l'activité en référence à la CIF ou au manuel d'accompagnement du GEVA.
	Modalités de questionnement de la réalisation effective (et si nécessaire de la capacité fonctionnelle) de cette activité : questions à se poser pour analyser l'impact des manifestations des troubles psychiques sur les différentes composantes de cette activité. Identification des facilitateurs et obstacles potentiels pour cette activité : questions à se poser à propos des facteurs pouvant faciliter ou entraver la réalisation de cette activité.

Éclairage sur certaines activités du volet 6 du GEVA

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DÉFINIES PAR DOMAINE (Source : CNSA, 2017)

p. 55	TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI
p. 55	S'orienter dans le temps
p. 55	S'orienter dans l'espace
p. 56	Fixer son attention
p. 56	Mémoriser
p. 56	Prendre des décisions
p. 57	Prendre des initiatives
p. 59	Gérer sa sécurité
p. 59	Respecter les règles de vie
p. 60	Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales
p. 61	Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui
p. 62	Relations avec ses pairs
p. 63	Avoir des relations affectives et sexuelles
p. 64	MOBILITÉ ET MANIPULATION
p. 64	Se déplacer dans le logement, à l'extérieur
p. 65	Utiliser les transports en commun
p. 65	Utiliser un véhicule particulier
p. 66	Conduire un véhicule
p. 66	Avoir des activités de motricité fine
p. 67	ENTRETIEN PERSONNEL
p. 67	Se laver
p. 67	Prendre soin de son corps
p. 68	Assurer l'élimination et utiliser les toilettes
p. 68	S'habiller, se déshabiller
p. 69	Prendre ses repas
p. 69	Prendre soin de sa santé
p. 70	COMMUNICATION
p. 70	Parler
p. 70	Entendre
p. 71	Voir
p. 71	Utiliser des appareils et techniques de communication
p. 72	Mener une conversation
p. 73	VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE
p. 73	Faire ses courses
p. 73	Préparer un repas simple
p. 74	Faire son ménage
p. 74	Entretenir son linge et ses vêtements
p. 74	Gérer son budget, faire les démarches administratives
p. 75	Vivre dans un logement indépendant
p. 75	Avoir des relations informelles de voisinage
p. 76	Participer à la vie communautaire, sociale et civique
p. 77	APPLICATION DES CONNAISSANCES ET APPRENTISSAGES
p. 77	TÂCHES ET EXIGENCES EN RELATION AVEC LA SCOLARITÉ ET LA FORMATION INITIALE
p. 78	TÂCHES ET EXIGENCES RELATIVES AU TRAVAIL
p. 78	Respecter des règles de base
p. 79	Organiser son travail
p. 79	Contrôler son travail
p. 79	Être en contact avec du public
p. 80	Travailler en équipe
p. 80	Exercer des tâches dans des conditions particulières

TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI	
L'évaluation de ce groupe d'activités doit permettre d'apprécier : • la réalisation effective des différentes activités, qui correspond à la façon dont la personne les vit au quotidien en fonction des facilitateurs mobilisés et des obstacles rencontrés, en relation avec l'environnement, en tenant compte de l'impact des différents troubles non seulement sur la réalisation de l'activité, mais aussi sur la perception que la personne peut en avoir ; • la capacité fonctionnelle pour certaines activités (s'orienter dans le temps, s'orienter dans l'espace, gérer sa sécurité, maîtriser son comportement dans les relations avec autrui), qui correspond à l'aptitude d'une personne à effectuer une tâche ou à mener une action dans un environnement normalisé. Cette aptitude doit être appréciée en prenant en compte les capacités psychique et cognitive.	
1.1	S'orienter dans le temps Définition : être conscient du jour et de la nuit, des moments de la journée, de la date, du mois et de l'année. Inclusion : connaître la saison, avoir la notion du passé et de l'avenir, du lendemain et de la veille. Exclusion : être ponctuel. Exclusion, mais pris en compte dans une autre activité : inscrire les actions dans un laps de temps (relèvent de l'activité « prendre des initiatives »). Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • connaît-elle les différentes parties d'une journée, les jours de la semaine, les mois, les saisons ? • se trompe-t-elle dans les différentes parties d'une journée, les jours de la semaine, les mois, les saisons ? • différencie-t-elle le jour et la nuit ? • respecte-t-elle le schéma « classique » de répartition des activités entre le jour et la nuit ? • a-t-elle les notions du type avant-maintenant-après/hier-aujourd'hui-demain ? • arrive-t-elle à dater les événements et à les placer dans le temps ? dans le passé ? dans le futur ? • se repère-t-elle sur un calendrier, un agenda ? • a-t-elle la notion des durées ? • arrive-t-elle à comparer les durées ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
1.2	S'orienter dans l'espace (par rapport au lieu) Définition : être conscient de l'endroit où l'on se trouve, savoir se repérer. Inclusion : connaître la ville, le pays où l'on habite, son environnement immédiat, la pièce où l'on se trouve, savoir se repérer y compris lors de déplacements. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • identifie-t-elle le lieu où elle se trouve ? • s'oriente-t-elle dans ses déplacements : - au sein de son domicile ? - à l'extérieur de son domicile sur des trajets stéréotypés ? - à l'extérieur de son domicile en dehors de trajets stéréotypés ? - dans son lieu de formation ou de travail ? - dans son quartier ? - dans sa commune ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.

TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI	
1.3	Fixer son attention Définition : fixer son attention intentionnellement sur des <i>stimuli</i> spécifiques, par exemple ne pas se laisser distraire par le bruit. Inclusion : fixer son attention sur le contact physique, le visage et la voix, des changements dans l'environnement. Maintenir son attention, déplacer son attention, diviser son attention, partager son attention, se concentrer. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • arrive-t-elle à faire attention à certains éléments de l'environnement (comme des changements de qualité, de quantité ou d'intensité de ces facteurs) ? • se concentre-t-elle sur un temps requis (lire un texte, regarder un film, suivre une conversation...) ? • arrive-t-elle à reporter sa concentration d'un stimulus à l'autre ? • se concentre-t-elle sur plusieurs <i>stimuli</i> à la fois ? • arrive-t-elle à fixer son attention pendant qu'elle effectue une autre activité comme marcher ou se déplacer ? • résiste-t-elle aux éléments distrayeurs ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
1.4	Mémoriser Définition : enregistrer et emmagasiner les informations et au besoin se les remémorer. Inclusion : mémoire à court et à long terme, immédiate, récente et ancienne, rappel de la mémoire. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • arrive-t-elle à enregistrer et emmagasiner les informations ? • se remémore-t-elle les informations enregistrées à court terme ? • se remémore-t-elle les informations enregistrées à long terme ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
1.5	Prendre des décisions Définition : faire un choix entre diverses options, mettre en œuvre l'option choisie et évaluer les conséquences de ce choix. Inclusion : décider de l'endroit où l'on va habiter, de la formation que l'on va choisir... Exclusion : penser, résoudre des problèmes, entreprendre une tâche simple ou complexe. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • arrive-t-elle à choisir entre plusieurs options ? • met-elle en œuvre ses choix ? • évalue-t-elle les conséquences de ses choix ? • connaît-elle ses capacités et limites ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).

TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI	
1.6	Prendre des initiatives
	Définition : faire quelque chose de soi-même, sans recourir à l'avis, au conseil de quelqu'un d'autre. Inclusion : mener à bien les actions simples, complexes ou coordonnées relatives aux composantes mentales et physiques qui concernent le fait de mener à bien une tâche, comme entamer une tâche, organiser le temps, l'espace et les matériels nécessaires, définir le rythme d'exécution de cette tâche et réaliser, mener à son terme et persévérer dans la réalisation de la tâche ; entreprendre des actions simples ou complexes et coordonnées, qui sont les composantes de tâches multiples, intégrées ou complexes, réalisées l'une après l'autre ou simultanément ; effectuer les actions et adopter les comportements nécessaires pour gérer les exigences quotidiennes ; effectuer les transitions appropriées en réponse à de nouvelles exigences ou changements dans la séquence habituelle d'activités ; gérer le temps nécessaire pour mener à bien des activités habituelles ou spécifiques ; gérer le stress et autres exigences psychologiques. Se poser les questions des différentes sous-parties de cette activité et chercher si du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • mène à bien la routine quotidienne ? • gère des changements dans la routine quotidienne ? • mène à bien d'autres activités ? • gère des changements dans les autres activités ? • arrive à faire face au stress, à une crise ? • apprécie les durées nécessaires à la réalisation des activités ? • adapte son temps aux tâches à effectuer ? • gère son emploi du temps ? • honore ses rendez-vous ? • s'adapte aux contraintes horaires ? • réagit positivement à des demandes ? • connaît ses capacités et limites ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).
1.6.1	Faire spontanément une demande d'aide
	Définition : solliciter seul l'intervention d'autrui en cas de besoin. Inclusion : savoir repérer et mobiliser les ressources de son environnement si nécessaire. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • arrive-t-elle à prendre l'initiative de demander de l'aide en cas de besoin ? • sait-elle repérer et mobiliser les ressources de son environnement ? • arrive-t-elle à repérer et mobiliser les ressources de son environnement ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).

TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI	
1.6	Prendre des initiatives
1.6.2	Entrer spontanément en relation avec autrui
	Définition : engager des contacts temporaires et des liaisons avec autrui. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : - engage-t-elle spontanément des contacts avec des personnes connues en dehors d'une situation d'urgence ? - engage-t-elle spontanément des contacts avec des personnes connues en situation d'urgence ? - engage-t-elle spontanément des contacts avec des personnes non connues en dehors d'une situation d'urgence ? - engage-t-elle spontanément des contacts avec des personnes non connues en situation d'urgence ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : - les difficultés sont-elles permanentes ? - si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).
1.6.3	Entreprendre spontanément une activité simple
	Définition : préparer, entamer une tâche simple, prendre les dispositions utiles requises en matière de temps et d'espace ; exécuter une tâche simple ne comprenant qu'une seule composante. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : - connaît-elle ses capacités et limites ? - prend-t-elle l'initiative de réaliser une activité simple ? - met-elle en œuvre la réalisation d'une activité simple ? - mène-t-elle à son terme la réalisation d'une activité simple ? - adapte-t-elle son temps à l'activité simple à réaliser pour : - la préparer ? - la mettre en œuvre ? - la mener à son terme ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : - les difficultés sont-elles permanentes ? - si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).
1.6.4	Entreprendre spontanément une activité complexe
	Définition : préparer, entamer une tâche complexe, prendre les dispositions utiles requises en matière de temps et d'espace ; exécuter une tâche complexe comprenant plus d'une composante qu'il faut réaliser l'une après l'autre ou simultanément. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : - connaît-elle ses capacités et limites ? - prend-t-elle l'initiative de réaliser une activité complexe ? - met-elle en œuvre la réalisation d'une activité complexe ? - mène-t-elle à son terme la réalisation d'une activité complexe ? - arrive-t-elle à réaliser plusieurs composantes de l'activité complexe de façon simultanée ? - arrive-t-elle à réaliser plusieurs composantes de l'activité complexe de façon échelonnée dans le temps ? - adapte-t-elle son temps à l'activité complexe à réaliser pour : - la préparer ? - la mettre en œuvre ? - la mener à son terme ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : - les difficultés sont-elles permanentes ? - si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).

TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI	
1.7	Gérer sa sécurité
	Définition : effectuer les actions simples ou complexes et coordonnées qu'une personne doit accomplir pour réagir comme il le faut en présence d'un danger. Inclusion : éviter un danger, l'anticiper, réagir, s'en soustraire, ne pas mettre sa vie et/ou celle des autres en danger. Exclusion : prendre soin de sa santé (assurer son confort physique, son bien-être physique et mental, comme avoir un régime approprié, avoir un niveau d'activité physique approprié, se tenir au chaud ou au frais, avoir des rapports sexuels protégés, par exemple, en utilisant des préservatifs, en se faisant vacciner et en subissant des examens physiques réguliers), communiquer, prendre des initiatives (demander de l'aide en cas de problème), se déplacer, utiliser un véhicule. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • met-elle sa vie ou celle des autres en danger ? - reconnaît-elle les appareils potentiellement dangereux (appareils électroménagers...) ? utilise-t-elle ces appareils de façon adéquate ? - reconnaît-elle les conduites potentiellement dangereuses (fumer au lit...) ? évite-t-elle ces conduites ? - reconnaît-elle les produits dangereux ou toxiques (produits ménagers, médicaments...) ? arrive-t-elle à gérer leur utilisation ? - arrive-t-elle à faire état de son refus de certaines actions (relations sexuelles...) ? - sait-elle discerner les situations où elle peut être victime d'abus ou d'autres actes de malveillance (squat à son domicile, extorsion de fonds...) ? - a-t-elle des comportements incohérents ou inadaptés, des idées délirantes la mettant ou mettant les autres en danger ? - connaît-elle ses capacités et limites ? • réagit-elle de façon adaptée à une situation risquée (au domicile, à l'extérieur) ? : - perçoit-elle les signaux de danger (arrivée d'une voiture, feux de signalisation...) ? - apprécie-t-elle les risques (reconnaître les codes pour les feux de signalisation...) ? - adapte-t-elle son comportement pour y faire face ? - réagit-elle en cas de maltraitance (verbale ou physique) ? - réagit-elle en cas de tentative d'abus ou d'autres actes de malveillance (squat à son domicile, extorsion de fonds...) ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).
1.8	Respecter les règles de vie
	Définition : comprendre et suivre les instructions pour le fonctionnement de la vie collective. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • applique-t-elle les règles de base de la vie collective ? • adapte-t-elle son comportement à ces règles (attendre, respecter une file d'attente, supporter les changements, les transitions, la nouveauté) ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).

TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI	
1.9	Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales Définition : agir de manière indépendante dans ses relations et se conformer aux conventions sociales régissant le rôle de chacun, sa position ou toute autre marque de statut social dans ses relations avec les autres. Inclusion : avoir des relations avec d'autres personnes en fonction de diverses situations et dans le respect des convenances. Faire preuve de respect ou d'estime quand il le faut ou avoir des égards pour autrui. Manifester du respect, de la chaleur, de la reconnaissance et de la tolérance dans ses relations ; répondre aux critiques et aux conventions sociales ; avoir des contacts physiques appropriés ; différencier les personnes familières. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • s'intéresse-t-elle aux relations avec les autres ? • rejette-t-elle les relations avec les autres ? • arrive-t-elle à maintenir des relations avec des personnes connues ? • arrive-t-elle à créer des relations avec des personnes non connues ? • arrive-t-elle à maintenir des relations avec des personnes non connues ? • applique-t-elle les règles des conventions sociales (respect du rôle, de la position, du statut social de chacun) ? • a-t-elle des égards pour autrui (chaleur, estime, reconnaissance, tolérance vis-à-vis des maladresses, erreurs, retards, absences des autres) ? • reconnaît-elle les émotions d'autrui ? • décode-t-elle le ton de la voix d'autrui (comprendre qu'une personne est en colère, joyeuse, triste...), les intentions à travers le ton de la voix d'autrui (ton de voix agressif, amical...), les expressions faciales et corporelles ? • comprend-t-elle les intentions d'autrui ? • interprète-t-elle le discours d'autrui ? • arrive-t-elle à suivre et écouter le discours d'autrui ? • identifie-t-elle ses propres émotions ? • adapte-t-elle ses expressions faciale, corporelle ou verbale à ses émotions et à celles perçues chez les autres ? • intervient-elle de façon appropriée dans une discussion ? • est-elle cohérente dans son discours ? • a-t-elle des comportements incohérents ou inadaptés, des idées délirantes perturbant les relations avec autrui ? • se met-elle en retrait des autres ? • adopte-t-elle une distance interpersonnelle adaptée ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).

TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI	
1.10	Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui Définition : maîtriser ses émotions et ses pulsions, son agressivité verbale ou physique dans ses relations avec autrui, selon les circonstances et dans le respect des convenances. Entretenir et maîtriser les relations avec autrui selon les circonstances et dans le respect des convenances, comme maîtriser ses émotions et ses pulsions, maîtriser son agressivité verbale et physique, agir de manière indépendante dans les relations sociales et agir selon les règles et conventions sociales. Inclusion : comportement provoqué ou induit par un traitement ou une pathologie. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • a-t-elle des relations avec d'autres personnes ? • maîtrise-t-elle ses émotions et pulsions ? • accepte-t-elle la frustration, le fait d'avoir tort ? • maîtrise-t-elle son agressivité verbale ou physique ? • a-t-elle des comportements incohérents ou inadaptés, des idées délirantes limitant ou interdisant les relations avec ou autrui ? • arrive-t-elle à entretenir des relations avec des personnes connues ? • arrive-t-elle à entretenir des relations avec des personnes non connues ? • respecte-t-elle les règles et conventions sociales ? - applique-t-elle les règles des conventions sociales (respect du rôle, de la position, du statut social de chacun) ? - a-t-elle des égards pour autrui (chaleur, estime, reconnaissance, tolérance vis-à-vis des maladroites, erreurs, retards, absences des autres) ? - reconnaît-elle les émotions d'autrui ? - décode-t-elle le ton de la voix d'autrui (comprendre qu'une personne est en colère, joyeuse, triste...), les intentions à travers le ton de la voix d'autrui (ton de voix agressif, amical...), les expressions faciales et corporelles ? - identifie-t-elle ses propres émotions ? - adapte-t-elle ses expressions faciale, corporelle ou verbale à ses émotions et à celles perçues chez les autres ? - intervient-elle de façon appropriée dans une discussion ? - adopte-t-elle une distance interpersonnelle adaptée ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).

TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI	
1.11	Relations avec ses pairs Définition : créer et entretenir des relations spécifiques avec des personnes occupant la même position ou jouissant du même rang ou du même prestige que soi-même en termes de position sociale. Inclusion : instaurer et entretenir des relations avec des personnes du même âge, ayant les mêmes intérêts ou présentant les mêmes caractéristiques. Exclusion : relations avec des personnes ayant autorité, des subordonnés, la famille. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • s'intéresse-t-elle aux relations avec ses pairs ? • rejette-t-elle les relations avec ses pairs ? • arrive-t-elle à créer des relations avec ses pairs ? • arrive-t-elle à maintenir des relations avec ses pairs ? • applique-t-elle les règles des conventions sociales (respect du rôle, de la position, du statut social de chacun) avec ses pairs ? • a-t-elle des égards pour ses pairs (chaleur, estime, reconnaissance, tolérance vis-à-vis des maladresses, erreurs, retards, absences des autres) ? • reconnaît-elle les émotions de ses pairs ? • décode-t-elle le ton de la voix de ses pairs (comprendre qu'une personne est en colère, joyeuse, triste...), les intentions à travers le ton de la voix de ses pairs (ton de voix agressif, amical...), les expressions faciales et corporelles ? • comprend-t-elle les intentions de ses pairs ? • interprète-t-elle le discours de ses pairs ? • arrive-t-elle à suivre et écouter le discours de ses pairs ? • identifie-t-elle ses propres émotions ? • adapte-t-elle ses expressions faciale, corporelle ou verbale à ses émotions et à celles perçues chez ses pairs ? • intervient-elle de façon appropriée dans une discussion ? • est-elle cohérente dans son discours ? • a-t-elle des comportements incohérents ou inadaptés, des idées délirantes perturbant les relations avec ses pairs ? • se met-elle en retrait de ses pairs ? • adopte-t-elle une distance interpersonnelle adaptée avec ses pairs ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).

TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATIONS AVEC AUTRUI	
1.12	Avoir des relations affectives et sexuelles Définition : créer et entretenir des relations étroites ou tendres avec d'autres personnes, comme entre mari et femme, amants ou partenaires sexuels. Inclusion : relations amoureuses, maritales ou sexuelles. Instaurer et entretenir des relations familiales, comme avec les membres de la famille nucléaire (relations parents-enfants et enfants-parents, avec les frères et sœurs), de la famille élargie, de la famille d'accueil ou d'adoption et la belle-famille, des relations plus distantes avec les cousins ou les tuteurs. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations...), la personne : • s'intéresse-t-elle aux relations avec les membres proches ou la famille élargie ? • rejette-t-elle les relations avec les membres proches ou la famille élargie ? • a-t-elle des relations familiales avec les membres proches ou la famille élargie ? • arrive-t-elle à créer des relations familiales avec les membres proches ou la famille élargie ? • arrive-t-elle à maintenir des relations familiales avec les membres proches ou la famille élargie ? • a-t-elle des égards pour les membres proches ou la famille élargie (chaleur, estime, reconnaissance, tolérance vis-à-vis des maladresses, erreurs, retards, absences des autres) ? • reconnaît-elle les émotions des membres proches ou de la famille élargie ? • décode-t-elle le ton de la voix des membres proches ou de la famille élargie (comprendre qu'une personne est en colère, joyeuse, triste...), les intentions à travers le ton de la voix des membres proches ou de la famille élargie (ton de voix agressif, amical...), les expressions faciales et corporelles ? • comprend-t-elle les intentions des membres proches ou de la famille élargie ? • interprète-t-elle le discours des membres proches ou de la famille élargie ? • arrive-t-elle à suivre et écouter le discours des membres proches ou de la famille élargie ? • identifie-t-elle ses propres émotions ? • adapte-t-elle ses expressions faciale, corporelle ou verbale à ses émotions et à celles perçues chez les membres proches ou la famille élargie ? • intervient-elle de façon appropriée dans une discussion ? • est-elle cohérente dans son discours ? • a-t-elle des comportements incohérents ou inadaptés, des idées délirantes perturbant les relations avec les membres proches ou la famille élargie ? • se met-elle en retrait des membres proches ou de la famille élargie ? • adopte-t-elle une distance interpersonnelle adaptée avec les membres proches ou la famille élargie ? • arrive-t-elle à créer et entretenir une relation affective (consoler, taquiner, blaguer, aider, se confier...) ? • a-t-elle des attitudes sexuées adaptées au contexte, des relations sexuelles ? • arrive-t-elle à faire état de ses envies ? à refuser les relations sexuelles ? • a-t-elle des comportements incohérents ou inadaptés, des idées délirantes limitant ou interdisant les relations affectives et sexuelles ? • arrive-t-elle à mettre fin à une relation ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).

MOBILITÉ ET MANIPULATION

Information : l'analyse des activités 2.1 à 2. 6, 2.8, 2.12 et 2.13, 2.15 et 2.16 ne nécessite pas de lecture adaptée aux types de manifestations des troubles psychiques, mais les conséquences sur ces activités doivent être prises en compte si nécessaire. L'évaluation de ce groupe d'activités doit permettre d'apprécier :

- **la réalisation effective des différentes activités**, qui correspond à la façon dont la personne les vit au quotidien, en fonction des facilitateurs mobilisés et des obstacles rencontrés, en relation avec l'environnement, **en tenant compte de l'impact des différents troubles non seulement sur la réalisation de l'activité, mais aussi sur la perception que la personne peut en avoir ;**
- **la capacité fonctionnelle pour certaines activités** (se mettre debout, faire ses transferts, marcher, se déplacer dans le logement à l'extérieur, avoir la préhension de la main dominante, avoir la préhension de la main non dominante, avoir des activités de motricité fine), qui correspond à l'aptitude d'une personne à effectuer une tâche ou à mener une action dans un environnement normalisé. Cette aptitude ne doit pas être appréciée qu'au regard de la capacité physique de la personne à effectuer l'activité concernée, mais elle doit aussi prendre en compte ses capacités psychique et cognitive.

2.7	Se déplacer dans le logement, à l'extérieur
	Définition : se déplacer d'un endroit à un autre, sans utiliser de moyen de transport. Inclusion : se déplacer d'une pièce à l'autre, changer de niveau, se déplacer d'un étage à l'autre notamment en utilisant un escalier, se déplacer dans d'autres bâtiments, se déplacer à l'extérieur des bâtiments, se déplacer dans la rue, sauter, ramper... Exclusion : marcher, faire ses transferts, avoir la préhension de la main dominante, avoir la préhension de la main non dominante, avoir des activités de motricité fines, se repérer dans l'espace, se déplacer en portant des charges. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations, repli, rigidité, tremblements...), déterminer si la personne peut réaliser les sous-activités composant cette activité. Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
2.7.1	Se déplacer dans le logement
	Définition : se déplacer dans la maison, dans une pièce, d'une pièce à l'autre, et dans l'ensemble du lieu de résidence ou de vie. Inclusion : se déplacer d'un étage à l'autre, sur le balcon, dans la cour, le porche ou le jardin. Exclusion : se transférer, marcher. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations, repli, rigidité, tremblements...), la personne : • se déplace-t-elle dans toutes les pièces du logement, d'un étage à l'autre (escaliers, ascenseur) ? • se déplace-t-elle aux abords immédiats du logement (cour, jardin...) ? • arrive-t-elle à coordonner ses mouvements pour se déplacer, conserver ou rattraper son équilibre ? • se déplace-t-elle sur de courtes ou de longues distances dans le logement ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.

MOBILITÉ ET MANIPULATION	
2.7	Se déplacer dans le logement, à l'extérieur
2.7.2	Se déplacer à l'extérieur
	Définition : se déplacer dans d'autres lieux que le logement. Inclusion : se déplacer dans les bâtiments autres que la maison, comme se déplacer dans la maison d'autres personnes, dans des bâtiments privés, dans les bâtiments communautaires et publics ou autres enceintes, en dehors de la maison et d'autres bâtiments, sans utiliser de moyens de transport publics ou privés, comme marcher dans le village ou en ville. Exclusion : marcher. Ces questions devront être posées pour chacun des lieux extérieurs au logement où la personne pourrait se rendre (qu'ils soient connus ou non) : rue, école, lieu de travail, autres bâtiments. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations, repli, rigidité, tremblements...), la personne : • se déplace-t-elle hors de son logement ? • se déplace-t-elle dans des lieux connus hors du logement ? • se déplace-t-elle dans des lieux non connus hors du logement ? • se déplace-t-elle entre ces différents lieux sur des trajets connus ? • se déplace-t-elle entre ces différents lieux sur des trajets non connus ? • arrive-t-elle à se déplacer dans des lieux fréquentés ? • arrive-t-elle à se déplacer dans des lieux bruyants ? • arrive-t-elle à coordonner ses mouvements pour se déplacer, conserver ou rattraper son équilibre ? • se déplace-t-elle sur de courtes ou de longues distances à l'extérieur ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
2.9	Utiliser les transports en commun
	Définition : utiliser un moyen de transport en commun en tant que passager. Inclusion : être transporté en tant que passager dans un véhicule motorisé conçu pour le transport en commun, sur terre, sur l'eau ou dans les airs, comme être passager d'un bus, d'un train, d'un métro ou d'un avion. Exclusion : se déplacer en utilisant des équipements spéciaux ; conduire un véhicule. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations, repli, rigidité, tremblements...), la personne : • arrive-t-elle à entrer dans un transport en commun ? • arrive-t-elle à respecter les règles d'utilisation d'un transport en commun ? • supporte-t-elle de rester dans le transport en commun le temps du trajet ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
2.10	Utiliser un véhicule particulier
	Définition : utiliser un véhicule privé en tant que passager. Exclusion : utiliser les transports en commun. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations, repli, rigidité, tremblements...), la personne : • arrive-t-elle à entrer dans un véhicule particulier ? • applique-t-elle les règles de sécurité des véhicules particuliers (mise en place de la ceinture de sécurité) ? • supporte-t-elle de rester dans un véhicule particulier le temps du trajet ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.

MOBILITÉ ET MANIPULATION	
2.11	Conduire un véhicule Définition : conduire un moyen de transport privé de quelque type que ce soit, comme conduire une voiture, rouler en vélo. Exclusion : conduire un équipement spécial tel qu'un fauteuil roulant électrique. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, angoisses, hallucinations, repli, rigidité, tremblements...), la personne : • arrive-t-elle à conduire un deux-roues, motorisé ou non ? • arrive-t-elle à conduire un autre véhicule ? • applique-t-elle les règles de conduite ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
2.14	Avoir des activités de motricité fine Définition : manipuler de petits objets, les saisir et les lâcher avec les doigts (et le pouce) avec une ou deux mains. Inclusion : coordination oculo- ou visiomotrice, manipuler les pièces de monnaie, tourner une poignée de porte. Exclusion : ramasser et saisir des objets, coordination bimanuelle, soulever et porter. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme, rigidité, tremblements...), la personne arrive-t-elle à effectuer toutes les activités de motricité fine (boutonner, nouer, tenir un crayon, une paire de ciseaux...) ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.

ENTRETIEN PERSONNEL	
L'évaluation de ce groupe d'activités doit permettre d'apprécier : • la réalisation effective des différentes activités, qui correspond à la façon dont la personne les vit au quotidien en fonction des facilitateurs mobilisés et des obstacles rencontrés en relation avec l'environnement, en tenant compte de l'impact des différents troubles non seulement sur la réalisation de l'activité, mais aussi sur la perception que la personne peut en avoir ; • la capacité fonctionnelle pour certaines activités (se laver, assurer l'élimination et utiliser les toilettes, s'habiller/se déshabiller, prendre ses repas), qui correspond à l'aptitude d'une personne à effectuer une tâche ou à mener une action dans un environnement normalisé. Cette aptitude ne doit pas être appréciée qu'au regard de la capacité physique de la personne à effectuer l'activité concernée, mais elle doit aussi prendre en compte ses capacités psychique et cognitive.	
3.1	Se laver Définition : laver et sécher son corps tout entier ou des parties du corps en utilisant de l'eau et les produits ou méthodes appropriées comme prendre un bain ou une douche, se laver les mains et les pieds, le dos, se laver le visage, les cheveux et se sécher avec une serviette. Exclusion : rester debout ; prendre soin de ses ongles, de ses cheveux, de sa barbe, se laver les dents, prendre soin de sa peau, faire ses transferts, se déplacer dans le logement, à l'extérieur (accès aux éléments sanitaires). Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme, rigidité, tremblements...), la personne : • prend-t-elle l'initiative de se laver ? • arrive-t-elle à régler la température de l'eau ? • utilise-t-elle les produits et méthodes appropriés ? • lave-t-elle toutes les parties du corps (cheveux, visage, tronc, parties génitales, membres supérieurs et inférieurs) ? • se sèche-t-elle ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
3.2	Prendre soin de son corps Définition : prendre soin de parties de son corps, comme la peau, les dents, le cuir chevelu, les ongles... qui exigent plus qu'un lavage et un séchage. Inclusion : prendre soin de sa peau, de ses dents, de ses cheveux, des ongles des mains et des pieds, se maquiller, se raser. Exclusion : se laver, prendre soin de sa santé. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme, rigidité, tremblements...), la personne : • prend-t-elle l'initiative de : - se laver les dents ? - prendre soin de ses ongles ? - se raser ? - ... • arrive-t-elle à : - se laver les dents ? - prendre soin de ses ongles ? - se raser ? - ... Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.

ENTRETIEN PERSONNEL	
3.3	Assurer l'élimination et utiliser les toilettes Définition : prévoir et contrôler la miction et la défécation par les voies naturelles, par exemple en exprimant le besoin et en réalisant les gestes nécessaires. Inclusion : se mettre dans une position adéquate, choisir et se rendre dans un endroit approprié, manipuler les vêtements avant et après et se nettoyer. Coordonner, planifier et apporter les soins nécessaires au moment des menstruations, par exemple en les prévoyant et en utilisant des serviettes hygiéniques. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme, rigidité, tremblements...), la personne : • se rend-t-elle dans un endroit approprié pour uriner ? • arrive-t-elle à manipuler les vêtements pour pouvoir uriner ? • arrive-t-elle à uriner de manière appropriée et à se nettoyer après avoir uriné ? • gère-t-elle l'élimination urinaire le jour et la nuit ? • a-t-elle une incontinence urinaire ? • se rend-t-elle dans un endroit approprié pour déféquer ? • arrive-t-elle à manipuler les vêtements pour pouvoir déféquer ? • arrive-t-elle à déféquer de manière appropriée et à se nettoyer après avoir déféqué ? • gère-t-elle l'élimination fécale le jour et la nuit ? • a-t-elle une incontinence fécale ? • gère-t-elle les soins pendant les menstruations ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
3.4	S'habiller, se déshabiller Définition : effectuer les gestes coordonnés nécessaires pour mettre et ôter des vêtements et des chaussures dans l'ordre et en fonction du contexte social et du temps qu'il fait. Inclusion : préparer des vêtements, s'habiller selon les circonstances, la saison. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme, rigidité, tremblements...), la personne : • prend-t-elle l'initiative de s'habiller/se déshabiller ? • prend-t-elle l'initiative de préparer ses vêtements, les choisir ? • arrive-t-elle à s'habiller/se déshabiller ? à mettre ses chaussures ? • arrive-t-elle à utiliser des boutons, des fermetures éclair ? • adapte-t-elle ses vêtements au contexte social, aux conditions climatiques ? • fait-elle attention au fait que les vêtements sont sales ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.

ENTRETIEN PERSONNEL	
3.5	Prendre ses repas
	Définition : coordonner les gestes nécessaires pour consommer des aliments qui ont été servis, les porter à la bouche selon les habitudes de vie culturelles et personnelles. Inclusion : couper sa nourriture, mâcher, ingérer, déglutir, éplucher, ouvrir. Exclusion : faire ses transferts, se déplacer à l'intérieur, à l'extérieur (installation pour prendre ses repas), préparer des repas, se servir du plat collectif à l'assiette. Exclusion, mais pris en compte dans une autre activité : se soucier de l'équilibre des repas, être capable de suivre un régime alimentaire (relèvent de l'activité « prendre soin de sa santé »). Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme, rigidité, tremblements...), la personne : • exprime-t-elle le besoin de manger ? • prend-t-elle l'initiative de manger ? • coordonne-t-elle les gestes nécessaires pour préparer des aliments servis, porter les aliments à la bouche ? • consomme-t-elle les aliments de façon culturellement acceptable ? utilise-t-elle les couverts ? • mange-t-elle à horaires réguliers ? • exprime-t-elle le besoin de boire ? • prend-t-elle l'initiative de boire ? • coordonne-t-elle les gestes nécessaires pour boire, porter une boisson à la bouche et la consommer selon les usages ? • arrive-t-elle à ouvrir les bouteilles et les canettes ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
3.6	Prendre soin de sa santé
	Définition : assurer son confort physique, son bien-être physique et mental, comme avoir un régime équilibré, avoir un niveau d'activité physique approprié, se tenir au chaud ou au frais, avoir des rapports sexuels protégés, par exemple en utilisant des préservatifs, en se faisant vacciner et en subissant des examens physiques réguliers. Inclusion : surveiller son régime alimentaire et sa condition physique, protéger sa santé, consulter un professionnel de santé en cas de besoin, prendre ses médicaments, éviter de nuire à sa santé, pratiquer sur soi-même des actes de soin (injection d'insuline, autosondage, aspirations endotrachéales). Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme, rigidité, tremblements...), la personne : • prend-t-elle ses médicaments ? • a-t-elle conscience de ses besoins de soins ? • exprime-t-elle un besoin de soins ? • utilise-t-elle les différents systèmes de santé (prendre rendez-vous et aller chez un médecin, un dentiste, aller dans une pharmacie...) ? • accepte-t-elle de passer des examens de santé, d'avoir une prise de sang, de recevoir des soins (dentaires...) ? • arrive-t-elle à surveiller l'équilibre de ses repas, à suivre un régime alimentaire ? • prend-t-elle soin de sa condition physique ? • assure-t-elle son confort physique (se protéger du chaud, du froid...) ? • gère-t-elle son repos quotidien (dormir suffisamment la nuit) ? • connaît-elle ses capacités et limites ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.

COMMUNICATION	
Information : l'analyse des activités 4.5 et 4.7 ne nécessite pas de lecture adaptée aux types de manifestations des troubles psychiques, mais les conséquences sur ces activités doivent être prises en compte si nécessaire. L'évaluation de ce groupe d'activités doit permettre d'apprécier : • la réalisation effective des différentes activités, qui correspond à la façon dont la personne les vit au quotidien en fonction des facilitateurs mobilisés et des obstacles rencontrés en relation avec l'environnement, en tenant compte de l'impact des différents troubles non seulement sur la réalisation de l'activité, mais aussi sur la perception que la personne peut en avoir ; • la capacité fonctionnelle pour certaines activités (se laver, assurer l'élimination et utiliser les toilettes, s'habiller/se déshabiller, prendre ses repas), qui correspond à l'aptitude d'une personne à effectuer une tâche ou à mener une action dans un environnement normalisé. Cette aptitude ne doit pas être appréciée qu'au regard de la capacité physique de la personne à effectuer l'activité concernée, mais elle doit aussi prendre en compte ses capacités psychique et cognitive.	
4.1	Parler Définition : produire des messages faits de mots, de phrases et de passages plus longs porteurs d'une signification littérale ou figurée comme exprimer un fait ou raconter une histoire oralement. Combiner des mots pour faire des phrases. Exclusion : produire des messages non verbaux. Exclusion, mais pris en compte dans une autre activité : s'exprimer avec un raisonnement logique, mener une conversation (relève de l'activité « mener une conversation ») ; contrôler son discours (relève des activités « maîtriser son comportement dans les relations avec autrui », « mener une conversation »). Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • s'exprime-t-elle de manière intelligible ? • produit-elle des mots, une phrase ? • arrive-t-elle à raconter un événement, une histoire ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).
4.2	Entendre Définition : percevoir les sons et comprendre la signification littérale et figurée de messages en langage parlé, comme comprendre qu'une phrase énonce un fait ou est une expression idiomatique. Exclusion : traitement de l'information auditive par le cerveau. Exclusion, mais pris en compte dans une autre activité : avoir des hallucinations, interpréter le discours d'autrui, être parasité par ses pensées (relèvent des activités « gérer sa sécurité », « avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales », « maîtriser son comportement dans les relations avec autrui », « relations avec ses pairs », « avoir des relations affectives et sexuelles »). Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • perçoit-elle les sons en face à face ? • perçoit-elle les sons en groupe ou en environnement bruyant ? • comprend-t-elle la signification des messages en face à face ? • comprend-t-elle la signification des messages en groupe ou en environnement bruyant ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ?

COMMUNICATION	
4.3	Voir
	Définition : percevoir la présence de la lumière, la forme, la taille, le contour et la couleur du stimulus visuel. Inclusion : traitement de l'information visuelle par le cerveau. Exclusion, mais pris en compte dans une autre activité : avoir des hallucinations (relève des activités « gérer sa sécurité », « avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales », « maîtriser son comportement dans les relations avec autrui », « relations avec ses pairs », « avoir des relations affectives et sexuelles »). Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • perçoit-elle les <i>stimuli</i> visuels ? • distingue-t-elle les <i>stimuli</i> visuels ? • identifie-t-elle les <i>stimuli</i> visuels ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ?
4.4	Utiliser des appareils et techniques de communication
	Définition : utiliser des appareils, des techniques et autres moyens à des fins de communication. Inclusion : utilisation d'appareils de communication courants tels que téléphone, télécopieur (fax), ordinateur. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • utilise-t-elle le téléphone : – pour répondre à un appel téléphonique ? – pour passer un appel téléphonique ? • utilise-t-elle un ordinateur ou une tablette ? • communique-t-elle par mail ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique ou autre).

COMMUNICATION	
4.6	Mener une conversation
	Définition : engager, soutenir et mettre fin à un échange de réflexions et d'idées mené au moyen du langage parlé, écrit, du langage des signes ou de tout autre langage, avec une ou plusieurs personnes que l'on connaît ou qui sont étrangères, dans un cadre formel ou non formel. Inclusion : engager, soutenir, mettre fin à une conversation ; faire la conversation avec une ou plusieurs personnes. Exclusion : parler, comprendre une phrase simple. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • arrive-t-elle à engager, soutenir, mettre fin à une conversation ? • participe-t-elle à une conversation avec une seule personne ? • participe-t-elle à une conversation avec plusieurs personnes ? • arrive-t-elle à suivre les règles d'une conversation ? – à respecter le tour de parole ? – à poser des questions en lien avec le sujet de conversation ? – à rester sur le sujet de la conversation ? – à répondre de façon adaptée à une question ? – à exprimer un choix entre deux propositions ? – à exprimer spontanément un refus ou une incompréhension ? • arrive-t-elle à avoir un discours informatif, cohérent ? • mène-t-elle une conversation selon les règles en vigueur (sans familiarité, grossièreté ou vulgarité) ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE	
Information : l'analyse des activités 5.5 et 5.10 ne nécessite pas de lecture adaptée aux types de manifestations des troubles psychiques, mais les conséquences sur ces activités doivent être prises en compte si nécessaire. L'évaluation de ce groupe d'activités doit permettre d'apprécier la réalisation effective des différentes activités, qui correspond à la façon dont la personne les vit au quotidien en fonction des facilitateurs mobilisés et des obstacles rencontrés en relation avec l'environnement, en tenant compte de l'impact des différents troubles non seulement sur la réalisation de l'activité, mais aussi sur la perception que la personne peut en avoir.	
5.1	Faire ses courses
	Définition : acquérir pour de l'argent les produits et les services nécessaires à la vie quotidienne, par exemple choisir la nourriture, les boissons, les produits d'entretien, les articles ménagers ou les vêtements au magasin ou au marché ; comparer la qualité et les prix des articles désirés et finalement payer les produits et les services choisis et les transporter. Inclusion : y compris donner instruction et superviser un intermédiaire chargé de faire les courses. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • arrive-t-elle à définir ses besoins et faire la liste des courses ? • fait-elle les courses ? – dans tous les commerces ? – seulement dans certains ? • connaît-elle la valeur des produits ? • gère-t-elle le paiement des courses ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
5.2	Préparer un repas simple
	Définition : planifier, organiser, préparer et servir des repas simples et les boissons pour soi, en établissant un menu, en choisissant des aliments et des boissons, en réunissant les ingrédients pour préparer le repas, en cuisant et en préparant les aliments et les boissons froides, en servant le repas. Inclusion : préparer des repas simples. Exclusion : manger ; boire. Préparer des repas complexes. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • arrive-t-elle à élaborer un menu simple ? • arrive-t-elle à préparer les ingrédients (éplucher, couper) et utiliser des appareils électroménagers (robot de cuisine...) ? • ouvre-t-elle les boîtes de conserve, les paquets ? • fait-elle cuire les aliments (utiliser une plaque de cuisson, un four, surveiller la cuisson) ? • sert-elle le repas ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE	
5.3	Faire son ménage
	Définition : gérer le ménage en nettoyant la maison, en utilisant les produits d'entretien. Inclusion : ranger, balayer, dépoussiérer, nettoyer toutes les pièces de la maison, passer l'aspirateur, entreposer les produits d'usage courant et éliminer les ordures, faire les vitres... Exclusion : préparer les repas, entretenir le linge et les vêtements. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • nettoie-t-elle après avoir fait la cuisine ? • fait-elle la vaisselle ou utilise-t-elle le lave-vaisselle ? • nettoie-t-elle les sols (balai, aspirateur) et les vitres, fait-elle les poussières ? • nettoie-t-elle la salle de bains et les toilettes ? • élimine-t-elle les ordures ménagères ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
5.4	Entretenir son linge et ses vêtements
	Définition : laver le linge et les vêtements, les faire sécher et les repasser. Inclusion : laver le linge à la main, utiliser des lave-linge, des sèche-linge et des fers à repasser. Exclusion : acheter des vêtements. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • distingue-t-elle le linge propre et le linge sale ? • lave-t-elle le linge à la main ou utilise-t-elle une machine à laver ? • met-elle du linge à sécher ou utilise-t-elle un sèche-linge ? • plie-t-elle, repasse-t-elle et range-t-elle le linge ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
5.6	Gérer son budget, faire les démarches administratives
	Définition : remplir les formulaires administratifs, payer ses factures, comprendre ses relevés bancaires, s'inscrire à une activité collective, déclarer ses revenus. Inclusion : gérer son argent au quotidien, gérer son compte bancaire, faire des démarches administratives. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • fait-elle des achats ? • économise-t-elle de l'argent ? • gère-t-elle son compte bancaire ? • entreprend-t-elle les activités nécessaires pour faire valoir ses droits administratifs ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre).

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE	
5.7	Vivre dans un logement indépendant Définition : entreprendre les activités nécessaires pour utiliser un lieu d'habitation, gérer les contraintes liées à la vie quotidienne dans un logement indépendant. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • arrive-t-elle à rester dans un logement le jour et la nuit ? • assure-t-elle la sécurité de son logement ? • assure-t-elle les tâches liées à la possession d'un logement indépendant ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre).
5.8	Avoir des relations informelles de voisinage Définition : instaurer et entretenir des relations avec des personnes vivant à proximité. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • s'intéresse-t-elle aux relations avec les personnes de son entourage ? • rejette-t-elle les relations avec les personnes de son entourage ? • se met-elle en retrait des relations avec les personnes de son entourage ? • sait-elle gérer les relations avec les personnes de son entourage (prendre des nouvelles, rendre des services...) ? • arrive-t-elle à gérer ces relations avec l'entourage ? • sait-elle gérer un conflit de voisinage ? • génère-t-elle des conflits de voisinage ? • applique-t-elle les règles de politesse ? • applique-t-elle les règles des conventions sociales (respect du rôle, de la position, du statut social de chacun) ? • participe-t-elle à la vie de son immeuble, de son quartier... ? • a-t-elle des égards pour autrui (chaleur, estime, reconnaissance, tolérance vis-à-vis des maladresses, erreurs, retards, absences des autres) ? • reconnaît-elle les émotions d'autrui ? • décode-t-elle le ton de la voix d'autrui (comprendre qu'une personne est en colère, joyeuse, triste...), les intentions à travers le ton de la voix d'autrui (ton de voix agressif, amical...), les expressions faciales et corporelles ? • interprète-t-elle le discours d'autrui ? • arrive-t-elle à suivre et écouter le discours d'autrui ? • identifie-t-elle ses propres émotions ? • adapte-t-elle ses expressions faciale, corporelle ou verbale à ses émotions et à celles perçues chez les autres ? • a-t-elle des égards pour autrui (chaleur, estime, reconnaissance, tolérance) ? • intervient-elle de façon appropriée dans une discussion ? • est-elle cohérente dans son discours ? • a-t-elle des comportements incohérents ou inadaptés, des idées délirantes perturbant les relations de voisinage ? • adopte-t-elle une distance interpersonnelle adaptée ? • supporte-t-elle les changements, les transitions, la nouveauté ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre).

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE	
5.9	Participer à la vie communautaire sociale et civique Définition : s'investir dans une vie sociale organisée en dehors de la famille. Inclusion : associations formelles ou non, loisirs, arts et culture. S'investir dans toute forme de jeu, d'activité récréative ou de loisirs, aller au cinéma, s'adonner à un hobby, lire pour le plaisir, jouer de la musique... Participer à la vie sociale, à la politique de la cité en tant que citoyen. Exclusion : le travail, rémunéré ou non. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • s'intéresse-t-elle à la vie communautaire sociale et civique ? • rejette-t-elle toute forme de vie communautaire sociale et civique ? • se met-elle en retrait de toute forme de vie communautaire sociale et civique ? • s'investit-elle dans une association, fait-elle du bénévolat ? • participe-t-elle à des réunions, familiales ou non ? • joue-t-elle de manière individuelle ou participe-t-elle à des jeux collectifs ? • a-t-elle une activité sportive individuelle ou participe-t-elle à un sport collectif ? • assiste-t-elle à des activités culturelles individuelles (aller au théâtre, au cinéma, au musée...) ou collectives (jouer dans une pièce de théâtre, danser, chanter, jouer de la musique...) ? • a-t-elle un passe-temps (collection...) ? • participe-t-elle et s'investit-elle dans des activités religieuses ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, aide physique partielle ou totale ou autre).

APPLICATION DES CONNAISSANCES ET APPRENTISSAGES

Information : l'analyse des activités 6.1 à 6.5 ne nécessite pas de lecture adaptée aux types de manifestations des troubles psychiques, mais les conséquences sur ces activités doivent être prises en compte si nécessaire.

L'évaluation de ce groupe d'activités doit permettre d'apprécier **la réalisation effective des différentes activités**, qui correspond à la façon dont la personne les vit au quotidien en fonction des facilitateurs mobilisés et des obstacles rencontrés en relation avec l'environnement, **en tenant compte de l'impact des différents troubles non seulement sur la réalisation de l'activité, mais aussi sur la perception que la personne peut en avoir.**

TÂCHES ET EXIGENCES EN RELATION AVEC LA SCOLARITÉ ET LA FORMATION INITIALE

Information : l'analyse des activités 7.1 à 7.12 ne nécessite pas de lecture adaptée aux types de manifestations des troubles psychiques, mais les conséquences sur ces activités doivent être prises en compte si nécessaire.

L'évaluation de ce groupe d'activités doit permettre d'apprécier **la réalisation effective des différentes activités**, qui correspond à la façon dont la personne les vit au quotidien en fonction des facilitateurs mobilisés et des obstacles rencontrés en relation avec l'environnement, **en tenant compte de l'impact des différents troubles non seulement sur la réalisation de l'activité, mais aussi sur la perception que la personne peut en avoir.**

TÂCHES ET EXIGENCES RELATIVES AU TRAVAIL

Information : l'analyse des activités 8.5 et 8.7 ne nécessite pas de lecture adaptée aux types de manifestations des troubles psychiques, mais les conséquences sur ces activités doivent être prises en compte si nécessaire.

L'évaluation de ce groupe d'activités doit permettre d'apprécier **la réalisation effective des différentes activités**, qui correspond à la façon dont la personne les vit au quotidien en fonction des facilitateurs mobilisés et des obstacles rencontrés en relation avec l'environnement, **en tenant compte de l'impact des différents troubles non seulement sur la réalisation de l'activité, mais aussi sur la perception que la personne peut en avoir.**

8.1

Respecter des règles de base

Définition : comprendre et suivre les instructions pour le fonctionnement dans un contexte socioprofessionnel.

Inclusion : agir de manière indépendante dans ses relations et se conformer aux conventions sociales régissant le rôle de chacun, sa position ou toute autre marque de statut social dans ses relations avec les autres ; avoir des relations avec d'autres personnes en fonction de diverses situations et dans le respect des convenances, faire preuve de respect ou d'estime quand il le faut ou avoir des égards pour autrui, manifester du respect, de la chaleur, de la reconnaissance et de la tolérance dans ses relations, répondre aux critiques et aux conventions sociales, avoir des contacts physiques appropriés ; être ponctuel ; être assidu ; respecter des relations hiérarchiques ; participer à des réunions.

Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne :

- s'intéresse-t-elle aux relations avec les autres dans un cadre professionnel ?
- rejette-t-elle les relations avec les autres dans un cadre professionnel ?
- se met-elle en retrait des relations avec les autres dans un cadre professionnel ?
- gère-t-elle les relations avec d'autres personnes dans un cadre professionnel, connues ou non ?
- respecte-t-elle les conventions sociales ?
 - respecte-t-elle le rôle, la position, le statut social ou professionnel de chacun ?
 - applique-t-elle les règles de politesse ?
 - a-t-elle des égards pour autrui (chaleur, estime, reconnaissance, tolérance vis-à-vis des maladresses, erreurs, retards, absences des autres) ?
 - adopte-t-elle une distance interpersonnelle adaptée ?
 - respecte-t-elle les codes sociaux spécifiques au monde professionnel (savoir-faire relationnel, code vestimentaire...) ?
- reconnaît-elle les émotions d'autrui ?
- décode-t-elle le ton de la voix d'autrui (comprendre qu'une personne est en colère, joyeuse, triste...), les intentions à travers le ton de la voix d'autrui (ton de voix agressif, amical...), les expressions faciales et corporelles ?
- interprète-t-elle le discours d'autrui ?
- arrive-t-elle à suivre et écouter le discours d'autrui ?
- identifie-t-elle ses propres émotions ?
- adapte-t-elle ses expressions faciale, corporelle ou verbale à ses émotions et à celles perçues chez les autres ?
- a-t-elle des égards pour autrui (chaleur, estime, reconnaissance, tolérance) ?
- intervient-elle de façon appropriée dans une discussion ?
- est-elle cohérente dans son discours ?
- a-t-elle des comportements incohérents ou inadaptés, des idées délirantes perturbant l'insertion professionnelle ?
- connaît-elle ses capacités et limites ?
- arrive-t-elle à décrire ses capacités et limites ?
- supporte-t-elle les changements, les transitions, la nouveauté ?
- respecte-t-elle les horaires ?
- respecte-t-elle les plannings ?
- prévient-elle en cas d'imprévu, de retard ?
- participe-t-elle aux réunions ?

Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité :

- les difficultés sont-elles permanentes ?
- si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ?

En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).

TÂCHES ET EXIGENCES RELATIVES AU TRAVAIL	
8.2	Organiser son travail Définition : gérer et mener à bien son activité ; gérer son propre niveau d'activité. Inclusion : planifier la réalisation des tâches confiées dans le cadre de l'activité professionnelle ; s'adapter et réagir de façon appropriée aux changements, urgences et imprévus. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : - organise-t-elle les priorités ? - gère-t-elle les changements de consignes, les contretemps, les urgences, les imprévus ? - gère-t-elle son matériel ? - suit-elle et utilise-t-elle des fiches techniques ? - demande-t-elle de l'aide, des précisions, une pause ? - réalise-t-elle son travail dans les délais impartis ? - range-t-elle son poste de travail ? - arrive-t-elle à gérer des tâches simples ? - arrive-t-elle à gérer des tâches complexes ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : - les difficultés sont-elles permanentes ? - si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale, ou autre). En cas d'aides matérielles, pouvoir les préciser.
8.3	Contrôler son travail Définition : évaluer sa propre activité. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : - focalise-t-elle son attention sur son activité ? - arrive-t-elle à être critique vis-à-vis de ses propres tâches ? - repère-t-elle et corrige-t-elle ses erreurs ? - adapte-t-elle ses stratégies de contrôle ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : - les difficultés sont-elles permanentes ? - si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).
8.4	Être en contact avec du public Définition : être en relation avec les clients ou les usagers de l'entreprise ou du service dans lequel la personne travaille. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : - supporte-t-elle d'être en contact direct avec du public (par exemple, faire le service dans un restaurant ou tenir un poste de vendeur dans un magasin) ? - supporte-t-elle d'être en contact indirect avec du public (par exemple, faire de la mise en rayon dans un magasin à des heures de non affluence) ? - arrive-t-elle à travailler en proximité physique avec d'autres personnes ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : - les difficultés sont-elles permanentes ? - si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).

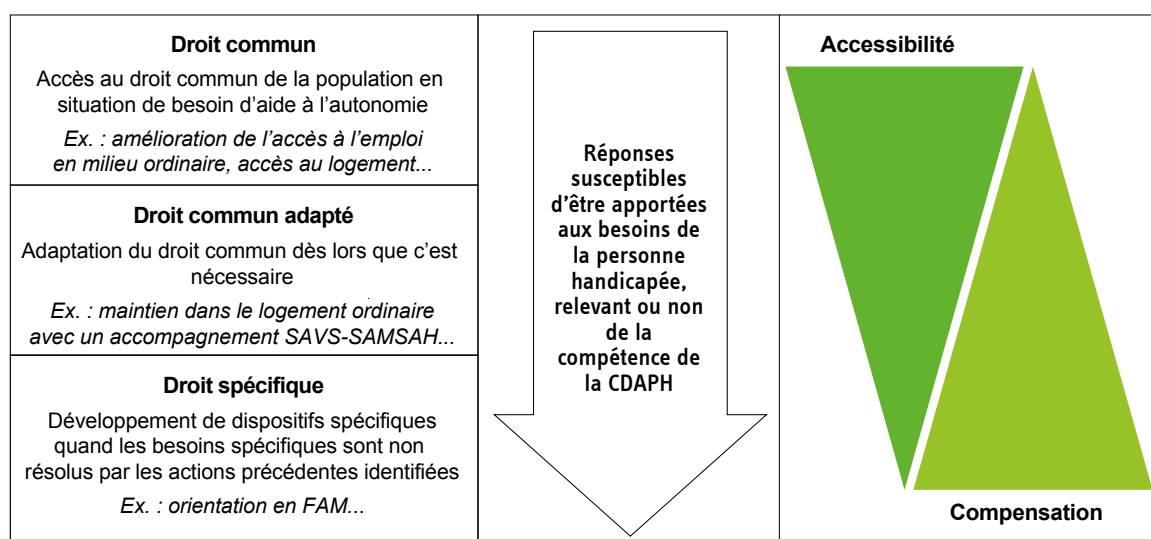
TÂCHES ET EXIGENCES RELATIVES AU TRAVAIL	
8.6	Travailler en équipe Définition : participer au fonctionnement d'une équipe professionnelle. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • arrive-t-elle à communiquer et travailler avec ses collègues ? • a-t-elle des égards pour ses collègues (chaleur, estime, reconnaissance, tolérance vis-à-vis des maladresses, erreurs, retards, absences des autres) ? • respecte-t-elle la hiérarchie et ses consignes ? • participe-t-elle aux réunions ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).
8.8	Exercer des tâches dans des conditions particulières Définition : exercer dans des conditions d'environnement particulières. Du fait des diverses manifestations cliniques liées à la pathologie ou à la prise en charge thérapeutique (ralentissement, fatigabilité, aboulie, apragmatisme...), la personne : • arrive-t-elle à travailler en milieu bruyant, en milieu à fortes odeurs ou odeurs particulières ? • réussit-elle à assumer des changements d'horaires, des missions très répétitives (travail peu varié, répétitif) ? Rechercher les éventuelles modalités de variabilité dans le temps des difficultés pour la réalisation de cette activité : • les difficultés sont-elles permanentes ? • si elles sont épisodiques, selon quelle fréquence, quel rythme, sur quelle durée ? En cas d'aide humaine, apprécier si elle est totale ou partielle, permanente ou épisodique, sa modalité (incitation verbale, guidance verbale ou autre).

IV

Acteurs et dispositifs susceptibles d'être mobilisés pour répondre aux besoins identifiés

L'évaluation des situations de handicap confiée à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH est l'une des missions majeures des MDPH définies dans la loi n° 2005-102 du 11 février 2005. Cette étape n'est toutefois pas une finalité en soi. Elle est destinée à proposer des réponses de nature variée aux personnes ayant exprimé des besoins et des attentes dans le cadre d'une demande auprès de la MDPH, au regard des répercussions des troubles sur leur vie et des altérations de fonctions substantielles et durables, qu'elles soient physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques.

Cette loi de 2005 est fondée sur l'approche de la CIF. Elle décline le double principe de l'accessibilité et de la compensation du handicap, sans que l'un soit forcément exclusif de l'autre, permettant ainsi l'accès aux dispositifs de droit commun, le cas échéant aménagés ou spécifiquement prévus pour les personnes en situation de handicap. Par conséquent, les dispositifs d'accessibilité et de compensation constituent des réponses complémentaires et non substituables dont l'articulation doit se faire en fonction des situations et des besoins identifiés.



Source : CNSA

Si les réponses de droit commun sont généralement insuffisantes pour couvrir à elles seules les besoins des personnes vivant avec un trouble psychique sévère et persistant, elles peuvent être néanmoins mobilisées sans recourir à la MDPH en complément ou parallèlement à des réponses de droit spécifique (nécessitant, elles, un recours à la MDPH et une décision de la CDAPH). Ces dispositifs de droit commun ne doivent pas non plus nécessairement être actionnés en premier lieu ; l'articulation des réponses doit être envisagée en fonction des situations individuelles et des besoins identifiés. Pour compenser les conséquences générées par les troubles psychiques, certaines situations peuvent cumuler ou passer alternativement d'un dispositif à l'autre (droit commun/droit spécifique ou soins/accompagnement spécifique) ; d'autres situations nécessitent un accompagnement s'inscrivant dans le droit spécifique, qui implique une décision de la CDAPH.

Des réponses à articuler, successivement ou conjointement, sans chronologie de mise en œuvre...

Le choix a été fait de ne pas restreindre cette partie aux réponses nécessitant une décision de la CDAPH ou, plus largement, rentrant dans le champ de compétence de la MDPH. L'objectif est de mettre en évidence la diversité des acteurs, des professionnels, dispositifs et structures nécessaires pour permettre une adaptation des réponses (nécessairement ni univoques ni exclusives les unes des autres). **Celles-ci peuvent être mobilisées de manière articulée, successivement ou conjointement**, en fonction des besoins spécifiques des personnes, qui auront été identifiés en amont. Les réponses décrites ici ne sont donc pas « classées » selon des critères de priorité, d'importance, selon des niveaux d'autonomie ou de besoins ou encore selon une quelconque chronologie de mise en œuvre. En outre, ces réponses (par exemple, les centres médico-psychologiques – CMP, les établissements et services médico-sociaux...) ne proposent pas systématiquement la même offre sur l'ensemble du territoire national, ne mobilisent pas forcément les mêmes agréments ni les mêmes ressources ou compétences.

Par ailleurs, ce choix s'inscrit aussi dans la **logique de coopération** entre l'ensemble des acteurs, qui constitue l'un des enjeux majeurs de l'amélioration de la fluidité des parcours des personnes vivant avec un trouble psychique sévère et persistant. Cet enjeu est d'ailleurs rappelé dans l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé.

... pour une stratégie globale d'intervention et une fluidité des parcours

Les différents domaines de vie (habitat, vie relationnelle, vie quotidienne, emploi et activités, santé) sont en interaction et doivent donc être articulés. Comme le précisent les recommandations de l'ANESM en 2016⁴⁹, il n'existe pas de hiérarchie entre les domaines. Les priorités de l'accompagnement (soins, habitat, emploi...) doivent être définies avec chaque personne accompagnée, à chaque moment de son parcours.

L'enjeu pour les professionnels est de favoriser la **fluidité du parcours de vie** en recherchant la coordination, la continuité et la cohérence entre les différents domaines de l'accompagnement et dans les différentes étapes du parcours de vie, afin de mieux répondre aux besoins et attentes des personnes. Cet enjeu peut d'ailleurs être plus prégnant à certains âges de la vie. Le passage à l'âge adulte (16-25 ans) peut par exemple se caractériser par des risques de ruptures de parcours et de prise en charge médicale.

Chaque acteur peut constituer une « porte d'entrée » et une passerelle vers un autre domaine de l'accompagnement, ce qui exige pour les professionnels de s'inscrire dans une posture de coopération. Il ne s'agit pas de se limiter exclusivement aux missions confiées à son établissement ou service, mais au contraire de prendre la mesure de son inscription dans un dispositif plus large qui doit pouvoir répondre aux besoins globaux des personnes. Cette coopération passe par un travail avec des acteurs aux champs de compétences aussi variés que nécessaire, tout en respectant :

- les premiers liens que chaque personne aura développés avec certains d'entre eux (et notamment ceux qui ont constitué la porte d'entrée vers un accompagnement adapté)⁵⁰ ;
- les missions et limites d'intervention de chaque acteur concerné.

⁴⁹ ANESM. *Spécificités de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques*, 2016, « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ».

⁵⁰ PEINTRE C. « Du partenariat... à l'espace partagé de santé publique », *Pratiques en santé mentale*, n° 4, 2013, p. 29-35.

Un diagnostic territorial au service du parcours de vie des personnes et de la coopération des acteurs

Pour être en mesure de fluidifier les parcours de vie et de mettre en place les réponses adaptées, il est nécessaire que chaque acteur sur un territoire connaisse l'ensemble des modalités de prise en charge et d'accompagnement existantes ainsi que les cadres d'intervention des uns et des autres au niveau local. L'élaboration d'un diagnostic territorial de santé mentale est primordiale pour proposer des réponses, qu'elles soient de droit commun ou de droit spécifique/de compensation, et pour rechercher leur complémentarité ainsi que leur articulation⁵¹.

La réalisation d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale est prévue par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Établi par les acteurs de santé du territoire et comprenant un état des ressources disponibles, ce diagnostic a pour objet d'identifier l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'ensemble de ces acteurs, incluant les MDPH, contribue au diagnostic territorial partagé en santé mentale.

À partir de ce diagnostic, les MDPH peuvent réaliser leur cartographie des acteurs et des ressources sur leur territoire en identifiant le périmètre d'action et les spécificités de chacun, en s'appuyant éventuellement sur les travaux menés au sein de leur ARS.

Par ailleurs, les partenaires qui accompagnent ou interviennent auprès des personnes en situation de handicap psychique et de leur famille peuvent communiquer sur leur offre et sur leurs compétences (y compris en terme de réponses ne nécessitant pas une orientation/décision de la CDAPH) auprès des équipes de la MDPH et de l'ensemble des acteurs au niveau territorial.

Ce chapitre, sur les acteurs et dispositifs mobilisables pour répondre aux besoins identifiés s'articule donc de la façon suivante :

- les supports de formalisation des réponses proposées par les MDPH :
 - le plan personnalisé de compensation,
 - le dispositif d'orientation permanent et le plan d'accompagnement global ;
- le parcours scolaire et la préparation du projet professionnel ;
- l'accès et le maintien dans le logement/l'hébergement ;
- l'accès et le maintien dans l'emploi ;
- les réponses en matière de santé ;
- les services sociaux et socio-judiciaires ;
- les services médico-sociaux ;
- les établissements médico-sociaux d'accueil et d'hébergement ;
- d'autres acteurs et dispositifs pour l'inclusion (GEM, pair-aidance, *clubhouse*).

⁵¹ Dans cet objectif d'amélioration des réponses aux besoins des personnes en situation de handicap psychique au sein d'un territoire, l'ANAP a publié un guide proposant une méthode d'élaboration du projet territorial de santé mentale s'appuyant sur le diagnostic territorial. Ce guide paru en décembre 2016 est disponible sur le site de l'ANAP : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires/>

C'est également en lien avec le projet de « répertoire opérationnel de ressources », en cours de déploiement, pour décrire l'offre médico-sociale pour les personnes handicapées existant sur un territoire donné. Après des phases de concertation et de test, la mise en production du répertoire et le début de son alimentation par les acteurs est prévue à partir de décembre 2017.

En résumé : Les réponses décrites ici ne sont pas exhaustives (ce guide ne doit pas être considéré comme un « catalogue » des acteurs et des dispositifs), systématiques, standardisées, figées ni chronologiques. Au contraire, elles sont dynamiques, évolutives, diversifiées et complémentaires. Elles ne constituent pas une fin en soi, mais sont au service d'un projet individuel ; elles se basent sur une ou des évaluations (évaluations fonctionnelles, évaluation pour identifier des besoins et élaborer une compensation...). Par ailleurs, la démarche diagnostique (chapitre II de ce guide) et l'accompagnement sont intrinsèquement liés et peuvent concerner les mêmes acteurs.

1. Les supports de formalisation des réponses proposées par les MDPH

1.1 Le plan personnalisé de compensation

Le plan personnalisé de compensation (PPC) constitue le cadre de mise en œuvre des réponses aux besoins de la personne en situation de handicap.

Il comprend les réponses de toute nature pouvant être associées et relevant ou non du champ de compétence de la CDAPH⁵².

Le PPC est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH au regard du projet de vie. Il fait partie des éléments pris en compte par la CDAPH pour prendre ses décisions. Le PPC prend la forme d'un document écrit, comportant plusieurs parties, qui doit être communiqué à la personne.

Les besoins de compensation de la personne sont mis en lumière par l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire au regard du projet de vie. Ils correspondent à des domaines dans lesquels sont identifiés des obstacles à l'exercice d'une activité ou à la participation à la vie sociale, et ce en les confrontant au projet de vie de la personne (attentes, souhaits au regard de ses projets et de son parcours). Les réponses à ces besoins doivent être réalistes, humainement et techniquement possibles. À ce stade, elles ne tiennent pas compte des disponibilités locales ou financières.

L'équipe pluridisciplinaire propose à la CDAPH de prendre les décisions d'orientation ou d'attribution de droits qui relèvent de sa compétence. Ces propositions, qui découlent de l'évaluation des situations et de l'identification des besoins, prennent en considération les critères réglementaires d'éligibilité aux différentes prestations. Elles s'appuient également sur le projet de vie et sur la réalité du terrain. Si les ressources locales sont absentes ou non mobilisables ou si les réponses ne peuvent être mises en œuvre, un plan d'accompagnement global (PAG) peut être élaboré et intégré dans le PPC (si le PPC ne peut être mis en œuvre faute de ressources locales, alors le PAG peut être élaboré). Chaque décision est motivée et précise la durée d'ouverture des droits. Celle-ci ne peut, sauf cas particulier légalement prévu, être inférieure à un an ni supérieure à cinq ans.

La situation de la personne évolue en fonction de la modification de son environnement, des problèmes de santé à l'origine du handicap, de ses besoins et aspirations. Le PPC est régulièrement réévalué et, si nécessaire, réajusté.

⁵² Art. L. 241-6 du CASF.

Concernant précisément les situations de handicap psychique, la conception et la réalisation des plans de compensation du handicap peuvent se heurter aux difficultés suivantes :

- **énoncer un « projet de vie » (des attentes, besoins, aspirations) peut être difficile pour la personne, notamment lorsqu'elle n'a pas pris conscience de ses troubles, de sa situation, de ses limites, lorsqu'elle ne s'est pas encore approprié les changements, les projets nouveaux, ou encore lorsque la capacité à se projeter dans l'avenir est altérée ;**
- la stigmatisation des maladies psychiques complique l'accueil des personnes en milieu ordinaire de logement ou de travail ;
- les projets institutionnels classiques peuvent être trop exigeants en matière de capacités sociales et de vie collective : paradoxalement, les personnes les plus lourdement handicapées pourront se trouver beaucoup mieux dans une résidence sociale ou un appartement associatif, bien accompagnées, que dans une structure médico-sociale ;
- les prestations sont souvent sous-tendues par la nécessité de faire preuve de « motivation », par exemple en matière d'insertion professionnelle, alors que les fonctions de volition sont justement altérées.

Les MDPH s'inscrivent dans une logique de parcours favorisant le rétablissement⁵³ des personnes en situation de handicap psychique avec des aides qui leur sont proposées en complément d'autres accompagnements, y compris en matière de soins. Par conséquent, le PPC peut constituer un soutien à ce rétablissement.

En effet, la particularité et le point commun aux situations de handicap d'origine psychique sont de nécessiter des besoins de soins et de soutien spécifique. La fréquence, le type et les modalités de soins et d'accompagnement identifiés varient, mais seules les réponses combinant ces domaines d'action contribuent au rétablissement de la personne et au maintien de ce rétablissement.

Le recours à la MDPH peut être nécessaire à une ou plusieurs étapes du parcours de vie de la personne et permettre ou contribuer à son rétablissement. Par ailleurs, les réponses proposées en matière d'accompagnement sont ponctuelles, non figées et non pérennes. Les propositions sont étudiées et révisées en fonction de chaque situation individuelle. Elles tiennent compte de l'environnement singulier de la personne, des événements qui jalonnent son parcours de vie et des besoins évolutifs qui en découlent.

1.2 Le dispositif d'orientation permanent et le plan d'accompagnement global

Faisant suite au rapport « Zéro sans solution »⁵⁴ et porté par la loi de modernisation de notre système de santé, le dispositif d'orientation permanent (DOP) a pour but d'offrir une réponse aux personnes pour lesquelles une proposition d'orientation cible ne peut être immédiatement mise en œuvre (du fait de l'indisponibilité ou de l'inadaptation des réponses connues ou encore de la complexité de la réponse à apporter). **Le PPC est alors complété par un plan d'accompagnement global (PAG)** pour prévenir tout risque de rupture du parcours.

⁵³ Le terme de « rétablissement » fait l'objet d'une définition située en annexe de ce guide.

⁵⁴ PIVETEAU Denis. ouvr. cité.

Prévu par l'article 89 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le PAG est élaboré sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire et avec l'accord de la personne ou de son représentant légal. Il est également proposé par l'équipe pluridisciplinaire quand la personne concernée ou son représentant légal en fait la demande. Ce plan comporte des mesures provisoires d'accompagnement de toute nature et s'appuie sur l'engagement préalable des acteurs opérationnels identifiés et mobilisés pour sa co-construction et sa mise en œuvre.

Le PAG détaille les modalités opérationnelles de mise en œuvre des solutions. En ce sens, il doit identifier des interventions précises, prévoir leur nature, les intervenants et leur fréquence. Les différentes prestations y sont définies pour répondre aux besoins identifiés (besoins éducatifs et de scolarisation, thérapeutiques, d'insertion professionnelle et sociale, d'aide aux aidants) à la fin du processus d'évaluation multidimensionnelle d'une situation de handicap.

Le suivi de la mise en œuvre des interventions prévues (et de la programmation de la révision du PAG) est assuré par un coordonnateur de parcours, dont la désignation interviendra entre les membres du groupe opérationnel de synthèse et en fonction du contenu du PAG. Ce dernier est actualisé chaque fois que nécessaire et au moins une fois par an.

Si la définition des mesures provisoires d'accompagnement le nécessite, l'équipe pluridisciplinaire réunit sur convocation du directeur de la MDPH un groupe opérationnel de synthèse (GOS), dont la composition « à géométrie variable » (établissements et services médico-sociaux, secteur sanitaire, Éducation nationale...) doit être adaptée à la problématique soulevée ; la personne concernée ou son représentant légal participent à ce groupe. En tant que de besoin, les financeurs des établissements, structures et dispositifs participent à ce groupe opérationnel de synthèse.

2. Le parcours scolaire et la préparation du projet professionnel

2.1 Les maisons des adolescents

La période de l'adolescence est une période charnière déterminante, celle où les troubles se déclarent parfois de manière soudaine, mettant en péril le parcours de vie du jeune. Les problématiques rencontrées par les jeunes nécessitent une prise en charge spécifique et coordonnée, faisant intervenir à la fois les acteurs de l'enseignement, du soin et de l'accompagnement social, éducatif et professionnel.

Parmi les structures dédiées à cette période charnière, il existe les maisons des adolescents. Celles-ci sont des structures pluridisciplinaires qui constituent des lieux ressources sur l'adolescence et ses problématiques. Leurs interventions s'adressent aux adolescents, à leurs familles et aux professionnels, notamment de la santé et de l'éducation. Elles remplissent des missions d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge des adolescents et de leur famille, de coordination et d'appui aux acteurs.

Il existe actuellement une centaine de maisons des adolescents sur le territoire national⁵⁵. Le territoire couvert est généralement départemental, avec un lieu d'implantation principal et des antennes et/ou des permanences.

2.2 Les dispositifs soins-études

La démarche de soins est primordiale, et il est parfois difficile pour les professionnels de mobiliser des dispositifs préservant un axe de formation afin que le jeune ne perde pas tout contact avec l'accès aux apprentissages. Des services dispensant des soins proposent également aux jeunes de garder un lien avec l'apprentissage scolaire, dans le cadre de parcours en soins-études.

⁵⁵ Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA) : <http://www.anmda.fr>

Dans cette perspective, des établissements publics spécialisés en santé mentale⁵⁶ développent des projets en partenariat avec l'Éducation nationale. Par ailleurs, d'autres établissements, comme ceux de la Fondation santé des étudiants de France⁵⁷ accueillent par exemple exclusivement des jeunes de douze à vingt-cinq ans. Leurs services appelés soins-études conjuguent les soins institutionnels psychiatriques de longue durée à la poursuite ou à la reprise d'études adaptées. La durée d'hospitalisation peut correspondre à l'année scolaire et peut être renouvelée.

Il est à noter que l'accès à un dispositif de soins-études relève d'une action sanitaire, en dehors de toute notification de décision de la CDAPH.

2.3 Les adaptations et l'accompagnement du parcours scolaire

Lorsque le jeune bénéficie de soins en ambulatoire, des initiatives particulières lui permettent de ne pas interrompre son parcours scolaire. Ainsi, dans le cadre d'un parcours scolaire au collège ou au lycée, des adaptations peuvent être proposées :

- un aménagement de l'emploi du temps scolaire de l'élève, une proposition de dispense d'enseignement, l'attribution de matériel pédagogique adapté, l'accompagnement par une aide humaine (auxiliaire de vie scolaire – AVS – ou accompagnant de l'élève en situation de handicap – AESH)... ;
- l'intervention d'un service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD) soutient les élèves ne pouvant intégrer leur établissement pendant plus de deux ou trois semaines ;
- l'intervention d'un service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) ;
- la poursuite du parcours de formation *via* une inscription au Centre national d'enseignement à distance (CNED).

La plupart de ces mesures peuvent être proposées par l'équipe éducative, sans nécessité de formuler une demande relative au parcours de scolarisation auprès de la MDPH. Parmi les mesures citées ci-dessus, seules l'intervention d'un SESSAD, l'attribution de matériel pédagogique adapté et de l'aide humaine doivent faire l'objet d'une décision prononcée par la CDAPH, décision qui fait suite à la proposition de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH.

Enfin, les candidats qui présentent au moment des épreuves un handicap tel que défini par la loi du 11 février 2005 (définition citée *supra*, article L. 114 du CASF) peuvent solliciter auprès du médecin désigné par la CDAPH un aménagement des examens.

La circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016 du ministère de l'Éducation nationale définit le parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires⁵⁸.

2.4 L'accès aux études supérieures

Après l'obtention du baccalauréat, les étudiants peuvent poursuivre un cursus de formation au sein de l'université ou en intégrant une grande école.

Chaque université est dotée d'une structure d'accueil et d'accompagnement des étudiants en situation de handicap. Ce service, parfois dénommé « mission handicap », participe à l'analyse des besoins des étudiants au sein d'une équipe plurielle, veille au suivi et à la mise en œuvre des mesures de compensation octroyées à l'étudiant, qu'elles concernent la formation, la vie universitaire ou l'aménagement de la passation des examens et concours.

56 Voir par exemple l'établissement de Ville-Évrard en Seine-Saint-Denis (<http://www.eps-ville-evrard.fr>) ou le centre hospitalier Théophile Roussel dans les Yvelines (<http://www.th-roussel.fr>).

57 Fondation santé des étudiants de France : <http://www.fsef.net>

58 Circulaire disponible au lien suivant : http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=105511

Au sein de la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle du ministère de l'Éducation nationale, la sous-direction de l'égalité des chances et de la vie étudiante appuie les universités dans leurs missions d'accueil et d'accompagnement des étudiants en situation de handicap.

Par ailleurs, la Conférence des grandes écoles (association de grandes écoles d'ingénieurs, de management et de haut enseignement multiple ou spécifique) propose un appui méthodologique aux établissements de l'enseignement supérieur permettant la prise en compte des besoins spécifiques des étudiants en situation de handicap.

2.5 La formation par la voie de l'apprentissage

De nombreuses formations peuvent être dispensées dans le cadre de l'alternance. Du diplôme professionnel de niveau V (CAP) au diplôme de niveau I (bac+5), l'apprentissage offre des perspectives de formation alternant des périodes d'apprentissage théorique et des périodes d'application pratique des enseignements.

3. L'accès et le maintien dans le logement

La problématique du logement dans le champ de la santé mentale

Pouvoir s'approprier un espace à soi constitue un symbole essentiel de sa place dans la société. En cela, de façon générale, le logement est un des enjeux majeurs de l'insertion. Toute personne a besoin de s'installer, de s'établir dans son propre logement, c'est-à-dire un logement autonome, un minimum choisi, pour lequel elle signe un contrat en son nom sans limitation de durée.

Pour une personne en situation de handicap psychique, l'accès et le maintien dans un logement ne va pas toujours de soi. Du fait de la nature de ses troubles, susceptibles de limiter la réalisation de certains gestes de la vie quotidienne liés au logement, une personne en situation de handicap psychique peut rencontrer un certain nombre de difficultés, variables et différentes d'une personne à l'autre, non seulement pour accéder à un logement, mais aussi pour s'y établir et s'y maintenir. Elle peut ne pas habiter son logement comme un individu ordinaire.

Les problèmes d'adaptation dans le logement peuvent se manifester au travers de comportements inadaptés (comme l'agressivité verbale, les cris nocturnes/diurnes...) susceptibles de conduire aux conséquences suivantes : isolement ou errance à l'extérieur du logement, problèmes de cohabitation (relations difficiles avec les voisins, harcèlement possible de la part du voisinage), insalubrité du logement (manque d'hygiène, odeurs, accumulation de déchets, dégradations...), endettement... Ces conséquences peuvent conduire à un isolement croissant de la personne, dont les formes les plus graves vont jusqu'à la mort en l'absence de l'intervention d'un tiers.

Les personnes peuvent également présenter des difficultés pour accomplir les actes de la vie quotidienne : cuisiner, faire les courses, se déplacer ou se repérer dans le quartier. À cela s'ajoutent éventuellement les problèmes de suroccupation du logement, de squattage par des personnes malveillantes qui profitent de la vulnérabilité des usagers.

Enfin, le non-investissement du logement est une autre caractéristique pouvant découler des troubles psychiques et avoir un impact sur la qualité de vie, voire sur l'hygiène de vie et sur l'insertion de façon générale. Les capacités à « habiter » son lieu de vie varient selon les personnes, mais il n'est pas rare de trouver des logements vides de meuble, de décoration, de matériel de confort.

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) peuvent aider les personnes en situation de handicap psychique à acquérir une plus grande autonomie et à être actrices de leur (ré)insertion. Les intervenants des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) peuvent également jouer un rôle dans ce sens pour les actes de la vie essentielle et le maintien dans un logement⁵⁹ (voir *infra*).

Par ailleurs, des formules d'habitat (inclusif, partagé...) parfois dit « intermédiaires » ou des dispositifs de logement adapté/accompagné se sont développés sur l'ensemble du territoire⁶⁰. Ces dispositifs s'appuient en général sur des dispositifs de droit commun du secteur social (comme les résidences accueil) et sur des partenariats avec des acteurs du soin, du social et du médico-social.

Ces dispositifs ont pour mission de s'adapter aux problématiques de santé mentale. Ils offrent un cadre solide et permanent (présence + relation d'écoute + activités quotidiennes assurées), indispensable à la stabilisation et au rétablissement des personnes, et peuvent être proposés sous plusieurs formes⁶¹, c'est-à-dire :

- les résidences accueil (ou maisons relais spécialisées) ;
- les maisons relais ;
- les habitats partagés ;
- les familles gouvernantes ;
- les appartements accompagnés ;
- les formules de logements expérimentales (de types habitats inclusifs, partagés, regroupés...).

Enfin, des solutions de logement individuel ou collectif (type colocation) avec un accompagnement par des services d'aide à domicile peuvent être déployées par une mise en commun de la prestation de compensation du handicap (PCH), sous réserve d'une éligibilité à cette prestation (voir le chapitre V. 2). Les modalités de ces solutions sont très variables d'un territoire à l'autre, et elles ne peuvent être envisagées qu'à l'initiative des personnes en bénéficiant ou de leur représentant légal. Il convient aussi d'être vigilant à leur montage juridique : le niveau de prestation financière accordé à une personne peut évoluer dans le temps en fonction de l'évolution de sa situation et mettre en péril la pérennité de la solution. La prestation est accordée pour une durée limitée, et son éligibilité (voir *infra*) est réexaminée périodiquement.

Cela dit, la mise en commun de la PCH peut constituer une modalité de réponse permettant l'accès et le maintien dans un logement. Des personnes handicapées bénéficiant de la PCH peuvent ainsi choisir de mettre en commun tout ou une partie de leur prestation, en particulier pour les aides humaines, c'est-à-dire pour les actes essentiels (dont la participation à la vie sociale) et la surveillance régulière⁶².

Quel que soit le domicile (logement individuel autonome, logement semi-collectif ou collectif), la MDPH peut être sollicitée pour envisager un accompagnement médico-social. En fonction de la situation individuelle, des souhaits de la personne et des besoins identifiés par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, l'éligibilité à la PCH et à son volet « aide humaine » pourra être étudiée. Sous réserve d'une éligibilité, ce volet de la PCH peut en effet constituer un outil d'aide « à habiter » et permettre une stimulation pour les actes de la vie quotidienne lorsqu'ils ne sont pas accomplis spontanément, habituellement, totalement ou correctement, ainsi que pour la vie sociale.

59 ANCREAL. *Étude sur l'accompagnement à domicile des personnes adultes en situation de handicap psychique*, pour l'Observatoire national des aides humaines d'HANDÉO, mai 2016.

60 Il existe d'ailleurs aussi des appartements dits « tremplin » : la personne peut occuper ce type d'appartement, généralement géré et loué par des associations gestionnaires, pendant un temps afin de gagner en autonomie et de pouvoir ensuite envisager un logement de droit commun.

61 Ces formes sont un peu plus décrites en annexe de ce guide.

62 Lors du comité interministériel du handicap (CIH) de décembre 2016, des engagements ont été pris afin d'aboutir à une application harmonisée sur l'ensemble du territoire des pratiques de mise en commun de la PCH, dans le cadre des dispositifs d'habitat inclusif. À cette fin, une fiche DGCS paraîtra sur ce sujet au cours du premier semestre 2017.

4. L'accès et le maintien dans l'emploi

En plus d'être un moyen de disposer d'un revenu, l'activité professionnelle participe à la reconnaissance sociale d'une personne en situation de handicap psychique et peut lui permettre de mettre à distance sa différence/son handicap. L'activité peut aussi contribuer à augmenter l'estime de soi, à ne pas se focaliser sur les symptômes de la maladie, à se dégager de l'image stigmatisante du handicap, à développer des contacts sociaux, à structurer le temps et les journées⁶³.

Si l'activité n'est pas adéquate avec la situation individuelle ou si l'accompagnement ou encore l'environnement professionnel ne sont pas adaptés ou prennent peu en compte les spécificités de la situation individuelle, l'activité professionnelle peut conduire à des effets inverses de ceux escomptés initialement. La situation peut même générer dans le temps des difficultés plus importantes (dans la gestion de sa situation, dans la confiance en soi, dans ses relations à autrui...) avec un retour à l'emploi plus lointain et plus difficile pour la personne en situation de handicap psychique. Par ailleurs, le maintien dans l'emploi peut être mis en échec (absentéisme, relations interpersonnelles difficiles...).

C'est pourquoi la question de l'emploi doit faire l'objet d'une analyse fine, notamment pour éviter de renforcer la négation de la maladie. Cette analyse nécessite de croiser à la fois les facteurs personnels d'une situation et les facteurs environnementaux : les caractéristiques des troubles, leur fluctuation et leurs retentissements dans la vie sociale et professionnelle (fatigabilité, stress au travail, non-maîtrise des codes de l'environnement professionnel...), les expériences vécues, les souhaits et attentes, l'environnement professionnel, les conditions de travail, les exigences et contraintes relatives au poste ciblé... Les effets secondaires des traitements peuvent également influencer sur la capacité de travail et engendrer des ruptures dans un parcours professionnel (licenciement, arrêts maladies de longue durée...).

En fonction de l'analyse globale d'une situation et des besoins d'accompagnement identifiés⁶⁴, différentes mesures pourront être mobilisées, outre les services mentionnés dans ce chapitre du guide, pour l'élaboration du projet professionnel et l'insertion en milieu ordinaire de travail.

4.1 La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) peut être attribuée par la CDAPH dès lors que les possibilités de la personne d'obtenir ou de conserver un emploi « sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique ». Cette reconnaissance peut permettre à la personne en situation de handicap psychique concernée :

- de bénéficier du dispositif légal de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés ;
- de bénéficier du soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi ou du service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) ;
- d'accéder aux contrats de travail « aidés » ;
- d'accéder à un emploi dans une entreprise adaptée en milieu ordinaire ;
- d'accéder à des stages de formation professionnelle ou de rééducation professionnelle ;
- de bénéficier des aides de l'AGEFIPH ou du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) ;
- d'accéder à la fonction publique par recrutement contractuel spécifique ou par concours.

⁶³ ANESM, mai 2016.

⁶⁴ Sur la base des informations transmises par la personne, son entourage et les différents professionnels qui l'accompagnent par exemple (voir *supra*, chapitre III de ce guide).

Le bénéfice de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés est également ouvert de plein droit, sans nécessité d'obtenir la RQTH, aux personnes bénéficiaires :

- d'une AAH ou d'une carte d'invalidité ;
- d'une pension d'invalidité ;
- d'une rente pour accident du travail (taux d'incapacité permanente de 10 % et plus⁶⁵).

La personne en situation de handicap n'est pas obligée d'informer son employeur du fait qu'elle est titulaire d'une RQTH ; le fait de demander cette reconnaissance auprès de la MDPH ne présente donc en soi aucun risque de stigmatisation vis-à-vis du milieu ordinaire de travail.

4.2 L'élaboration du projet professionnel et la formation dans le cadre de la réadaptation professionnelle

Lorsque les troubles psychiques ont fortement entravé le parcours de formation initiale ou lorsqu'ils ne permettent plus l'exercice du métier appris, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH peut proposer à la personne de bénéficier d'une orientation vers un dispositif de réadaptation professionnelle. Ce dispositif spécialisé peut prendre plusieurs formes, au sein des centres suivants⁶⁶ :

- des centres de préorientation (CPO) : ils proposent un module de préorientation visant à élaborer un projet professionnel. Durant plusieurs semaines, la personne peut bénéficier d'un bilan dynamique incluant l'évaluation d'aptitudes et de capacités et une découverte du projet en situation professionnelle ;
- ou des centres de rééducation professionnelle (CRP) : ils proposent des actions de remise à niveau et des formations qualifiantes et diplômantes, combinées à un accompagnement médico-social. La durée de ces actions est variable, mais s'étend sur plusieurs mois.

Les CPO et CRP sont des établissements médico-sociaux qui proposent un accompagnement adapté aux personnes reconnues travailleur handicapé bénéficiant de l'orientation professionnelle vers un CRP. Certains se sont spécialisés dans l'accueil de personnes en situation de handicap psychique.

L'orientation vers un tel dispositif spécialisé se fait donc en réponse à une demande de RQTH et d'orientation professionnelle. Elle est décidée exclusivement par la CDAPH. Concernant l'accès à une formation relevant des dispositifs de droit commun, il ne fait pas l'objet d'une décision de la CDAPH, mais peut être accompagné par d'autres réseaux professionnels (par exemple, Cap Emploi ou un autre opérateur du service public de l'emploi).

⁶⁵ Voir l'article L. 5212-13 du Code du travail.

⁶⁶ L'offre proposée par les CPO et CRP est disponible sur le site de la FAGERH, l'association qui regroupe les gestionnaires de ces centres : <http://www.fagerh.fr>

4.3 L'entreprise adaptée en milieu ordinaire

Si l'insertion sur le marché du travail s'avère trop difficile même avec les aménagements des conditions de travail mis en place en fonction des difficultés de la personne et de ses compétences, une insertion au sein d'une entreprise adaptée pourra être envisagée. Cette orientation ne relève pas d'une décision de la CDAPH, mais est mobilisable lorsque la CDAPH a prononcé une orientation vers le marché du travail.

Les travailleurs handicapés employés par une entreprise adaptée ont le statut de salarié, et l'entreprise est soumise au Code du travail. Leur contrat de travail peut être à durée déterminée ou indéterminée. L'entreprise adaptée propose un cadre de travail adapté au profil de la personne, qui prend en compte les manifestations et la variabilité de ses troubles, sa fatigabilité... Dans certains cas, elle peut servir de tremplin avant une insertion professionnelle en entreprise classique. Les encadrants de ces entreprises sont généralement formés à l'accompagnement de ces situations de handicap spécifiques.

4.4 Les établissements et services d'aide par le travail

Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) sont des établissements médico-sociaux ayant pour objectif l'insertion sociale et professionnelle des adultes handicapés. Ils accueillent des personnes dont les capacités de travail ne leur permettent pas de travailler dans une entreprise ordinaire ou adaptée ou d'exercer une activité professionnelle indépendante. L'orientation vers un ESAT est une des modalités de l'orientation professionnelle et nécessite une décision de la CDAPH.

Les ESAT offrent également un soutien médico-social et éducatif afin de favoriser l'épanouissement personnel et social des personnes accueillies. La majorité des ESAT a été créée pour répondre aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap en raison d'une déficience intellectuelle. Depuis leur création, certains accueillent aussi des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Par ailleurs, des ESAT se sont spécialisés uniquement dans l'accompagnement de ces personnes.

Le travailleur handicapé accueilli dans un ESAT n'a pas le statut d'employé salarié. Toutefois, il est assuré social pour les risques autres que le chômage et cotise à ce titre. Certaines règles du droit du travail concernant la santé, l'hygiène et la sécurité s'appliquent aux ESAT. En outre, l'orientation dans un ESAT vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

La circulaire NDGAS/3B n° 2008-259 du 1^{er} août 2008 précise que les personnes orientées vers un ESAT sont des personnes handicapées dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de la capacité d'une personne valide ou supérieure au tiers, mais nécessitant un ou plusieurs soutiens médicaux, éducatifs, sociaux ou psychologiques.

Le travail proposé en ESAT est adapté selon les situations de handicap, mais les ESAT ne sont pas tous à même d'accueillir des personnes en situation de handicap psychique. Le fonctionnement des ESAT peut en effet répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique pour l'accès au travail, mais les activités proposées peuvent se révéler en décalage avec leurs souhaits ou leurs compétences. Ces personnes ont en effet des compétences hétérogènes dont certaines sont parfois très supérieures à la moyenne sur certains points précis. En raison du caractère évolutif des troubles des personnes en situation de handicap psychique, l'ESAT peut néanmoins, pour certains, constituer une étape de transition vers le milieu ordinaire, notamment lorsqu'il fonctionne dans le cadre de prestations extérieures ou d'ESAT « hors les murs ». L'exercice d'une activité professionnelle dans un cadre « ordinaire » tout en bénéficiant de l'accompagnement médico-social de l'ESAT favorise en effet le développement de l'autonomie au travail.

4.5 L'emploi accompagné

L'emploi accompagné comprend un soutien et un accompagnement du salarié, ainsi que de l'employeur. Le dispositif peut être sollicité tout au long du parcours professionnel par le travailleur handicapé et, lorsque celui-ci occupe un emploi, par l'employeur. Il est mobilisé en complément des services, aides et prestations existants.

Ce dispositif a été créé par l'article 52 de la loi travail n° 2016-1088 du 8 août 2016. Le décret du 27 décembre 2016⁶⁷ en précise les bénéficiaires. Il s'agit d'un accompagnement médico-social destiné à insérer durablement sur le marché du travail les personnes qui s'inscrivent dans les situations suivantes :

- les travailleurs handicapés reconnus au titre de l'article L. 5213-2 ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail ;
- les travailleurs handicapés accueillis dans un ESAT mentionné au a du 5° de l'article L. 312-1 du CASF ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail ;
- les travailleurs handicapés en emploi en milieu ordinaire de travail qui rencontrent des difficultés particulières pour sécuriser de façon durable leur insertion professionnelle.

Le déploiement de ce nouveau dispositif d'accompagnement s'inscrit dans le cadre du plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH). La décision d'admission du travailleur handicapé dans le dispositif d'emploi accompagné est prise par la CDAPH, après accord de l'intéressé, sur la base des informations transmises par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Cela implique pour cette équipe d'avoir procédé à une évaluation préliminaire de la situation, identifiant la pertinence du dispositif pour répondre aux besoins de la personne, et d'avoir déterminé les modalités d'échange et de partenariat entre elle et le dispositif d'emploi accompagné.

Il est donc mis en œuvre sur décision de la CDAPH en complément d'une décision d'orientation et à des fins d'insertion dans le milieu ordinaire de travail. Le service, désigné par la CDAPH, formalise, dans une convention individuelle conclue avec la personne accompagnée ou son représentant légal et son employeur, les modalités d'accompagnement et de soutien du travailleur handicapé et de l'employeur, notamment sur le lieu de travail.

Ce dispositif d'emploi accompagné, qui peut être proposé dès l'âge de seize ans, répond particulièrement aux besoins des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Cet accompagnement peut se décliner selon plusieurs axes qui sont mobilisés selon les besoins de la personne handicapée et de l'employeur. Ces axes portent principalement sur :

- l'évaluation de la situation de la personne handicapée, en tenant compte de son projet professionnel, de ses capacités et de ses besoins, ainsi que, le cas échéant, des besoins de l'employeur ;
- la détermination du projet professionnel et l'aide à son montage en vue de la mise en emploi dans les meilleurs délais ;
- l'assistance du bénéficiaire dans sa recherche d'emploi en lien étroit avec les entreprises susceptibles de le recruter ;
- l'accompagnement dans l'emploi pour sécuriser le parcours professionnel de la personne handicapée en facilitant notamment son accès à la formation et aux bilans de compétence, en assurant si nécessaire une intermédiation entre la personne handicapée et son employeur et en facilitant l'adaptation de l'environnement de travail aux besoins de la personne handicapée.

⁶⁷ Décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné et au financement du compte personnel de formation des travailleurs handicapés.

5. Les réponses possibles en matière de santé

Cette partie n'a pas pour objectif de décrire les soins, les traitements médicamenteux... à préconiser. En revanche, elle vise à **identifier les réponses, les dispositifs et les acteurs susceptibles d'être mobilisés pour les soins, le maintien et le développement des capacités fonctionnelles**. L'idée est de partager avec d'autres professionnels leur cadre d'intervention, le contenu des réponses possibles et existantes, leur mise en œuvre, tout en sachant que les pratiques présentées peuvent être variables et les organisations des acteurs du soin spécifiques sur les territoires.

L'enjeu consiste en effet à fédérer l'ensemble des professionnels, incluant donc aussi les équipes des MDPH **(qui peuvent aussi préconiser des soins dans le cadre d'un PPC)**, concernés par une situation individuelle, quel que soit leur secteur d'activité, pour des actions/accompagnements coordonnés. L'objectif est de garantir la complémentarité des actions proposées et/ou à mettre en œuvre, leur cohérence et leurs nécessaires ajustements et de sécuriser les parcours tout en leur donnant un caractère suffisamment fluide et flexible.

5.1 Le suivi psychiatrique

Dans la mesure où les personnes en situation de handicap psychique présentent généralement une pathologie psychiatrique chronique, il est nécessaire, pour l'élaboration de tout PPC par l'équipe de la MDPH, de s'assurer de l'existence d'un suivi psychiatrique sur la durée.

Le suivi psychiatrique peut être assuré par un établissement de santé autorisé en psychiatrie (établissements publics de santé mentale, centres hospitaliers généraux, CHU, établissements de santé privés d'intérêt collectif, cliniques) ou par un psychiatre libéral. Du fait de ressources économiques souvent faibles et, pour une partie des personnes, du besoin d'un véritable programme de soins (associant notamment des activités thérapeutiques en hôpital de jour ou en centre d'activité thérapeutique à temps partiel – CATTP), nombre d'entre elles ont **recours au secteur public de psychiatrie** qui assure une mission de recours de proximité, d'accessibilité territoriale et financière et de continuité des soins psychiatriques. **En fonction de l'évolution des troubles ou du niveau d'acceptation de la maladie, certaines préfèrent avoir recours à un psychiatre en libéral**, voire uniquement à leur médecin généraliste. Les personnes souffrant de troubles psychiques sévères et persistants ont généralement besoin d'un traitement médicamenteux.

Le dispositif public est essentiellement fondé sur le « secteur » de la psychiatrie, dont le principe est de mettre à disposition de la population d'un territoire de proximité une équipe spécialisée pluridisciplinaire (composée de médecins psychiatres, infirmiers, psychologues, assistants de service social, éducateurs) qui dispense les diverses modalités de soins nécessaires à la population du secteur au sein de structures d'hospitalisation et de soins ambulatoires variées, réparties sur le territoire. Les dispositifs et les équipes destinés aux adultes (secteurs de psychiatrie générale) et ceux destinés aux enfants et adolescents (secteurs de psychiatrie infanto-juvénile couvrant plusieurs secteurs de psychiatrie générale) sont distincts. L'ensemble du territoire national est couvert par cette organisation en secteurs.

Les équipes de psychiatrie générale et les équipes de psychiatrie infanto-juvénile exercent leurs missions de prévention, de diagnostic et de soins selon des modalités variées. Outre les soins dispensés dans les différentes structures du secteur, celles-ci peuvent intervenir au domicile de différentes façons (visites à domicile, équipes mobiles) ou en tout lieu de résidence des personnes, auprès des services d'urgence des établissements de santé et des autres services hospitaliers (notamment pédiatrie, périnatalité). Elles établissent aussi des partenariats avec les acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire.

Le secteur public de psychiatrie adulte propose sur tous les territoires une palette d'offre de soins qui sont délivrés dans les dispositifs suivants :

- **les centres médico-psychologiques (CMP)** sont les pivots du dispositif de psychiatrie publique. Ils accueillent toute personne résidant ou non sur le territoire du secteur et constituent la principale entrée dans le soin pour les personnes ayant une maladie psychique. Ils proposent des consultations pour les premiers contacts (à l'initiative des personnes ou sur orientation par un médecin ou autre partenaire en santé mentale) et un suivi en soins ambulatoires. L'objectif des soins en CMP est la stabilisation des troubles, le rétablissement de la personne. L'engagement dans le suivi, sa régularité permettent d'éviter ou de réduire les hospitalisations ;
- **les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et les hôpitaux de jour** dispensent des soins dans la journée, selon des rythmes et des durées définis pour chaque personne, en fonction des caractéristiques propres à chaque situation ;
- **les unités d'hospitalisation à temps plein** accueillent les personnes pour lesquelles la situation nécessite une prise en charge 24 h sur 24 dans une période de troubles aggravés à l'issue de laquelle les soins pourront être poursuivis en mode ambulatoire ou semi-ambulatoire ;
- **les centres de posture, les appartements thérapeutiques ou l'accueil familial thérapeutique** sont des structures de soins à temps complet à visée de réadaptation et de réhabilitation psychosociale, orientées vers des projets de réinsertion sociale des personnes.

Il existe parfois des services intersectoriels ayant des projets de soins spécialisés : services de gérontopsychiatrie, d'addictologie⁶⁸, unités de prise en charge pour adolescents...

La prise en charge psychiatrique peut inclure des soins de rééducation (et notamment la remédiation cognitive) et de réadaptation fonctionnelle ou de réhabilitation psychosociale en complémentarité des consultations psychiatriques et de la délivrance de traitements médicamenteux. Ces soins, actuellement en déploiement, sont proposés dans le cadre du secteur de la psychiatrie ou, plus fréquemment, d'un dispositif intersectoriel.

Ils visent à réduire les symptômes de la pathologie, à améliorer la réalisation d'activités et à développer les compétences sociales, les performances cognitives, la motivation et les capacités d'adaptation de la personne en prenant appui sur ses aptitudes préservées dans l'objectif de limiter les retentissements dans sa vie quotidienne. Ces soins peuvent être complétés par d'autres actions, comme celles relatives à la psycho-éducation⁶⁹ ou à la réhabilitation sociale⁷⁰.

Le suivi psychiatrique, dans sa dimension préventive, curative ou réadaptative, constitue donc une réponse indispensable aux besoins des personnes en situation de handicap d'origine psychique.

Des professionnels paramédicaux (infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens) exerçant en secteur libéral⁷¹ ainsi que des psychothérapeutes et des psychologues assurent également différents soins et accompagnements spécifiques aux personnes concernées en fonction de leurs spécialités respectives.

⁶⁸ Les dispositifs spécialisés en addictologie sont par exemple répartis selon trois secteurs : la santé de ville, le secteur médico-social et le secteur hospitalier (désigné comme secteur sanitaire dans la circulaire DHOS/02 n° 2008-299). Ces dispositifs sont complémentaires et doivent s'articuler pour mieux travailler et agir ensemble.

⁶⁹ La psycho-éducation peut être définie comme une méthode d'intervention didactique et psychothérapeutique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face.

⁷⁰ Les actions de réhabilitation sociale visent à développer la participation sociale et s'inscrivent notamment dans des projets d'insertion sociale (vie à domicile) ou professionnelle.

⁷¹ Les interventions des orthophonistes et des kinésithérapeutes sont les seules à pouvoir être prises en charge par les caisses d'assurance maladie, sur prescription médicale.

5.2 Le suivi somatique

De façon générale, la santé ne se réduit pas à la seule dimension psychique ; elle comprend également une dimension somatique. Celle-ci est à prendre particulièrement en considération pour les personnes vivant avec des troubles psychiques, chez qui les troubles physiques sont fréquents, l'accès aux soins plutôt difficile et les soins parfois complexes à mettre en place.

Les études sur lesquelles s'appuie en partie la recommandation, labellisée par la HAS, de la Fédération française de psychiatrie (FFP) et du Conseil national professionnel de psychiatrie (CNPP)⁷² ont d'ailleurs souligné la mauvaise santé physique et la diminution de l'espérance de vie chez les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères et persistants. Les accidents et les causes médicales sont également surreprésentés, tout particulièrement les maladies cardiovasculaires et respiratoires. Les patients de psychiatrie ont recours aux soins somatiques moins fréquemment que la population générale en raison de troubles cognitifs ou des perturbations psychiques liées aux maladies mentales graves.

Comme l'indiquent les dernières recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM⁷³ en 2016, cette dimension somatique, incluant l'accès à ces soins, a longtemps été négligée « alors même qu'il s'agit de personnes présentant des risques importants au plan somatique et que le bien-être corporel influence de façon majeure le bien-être psychique et l'humeur. » Ces risques non négligeables au plan somatique sont liés aux caractéristiques mêmes des troubles psychiques et surtout aux conséquences de ces troubles.

Les personnes éprouvent souvent des difficultés à identifier et à interpréter leurs troubles somatiques, mais aussi à s'adresser ou à accéder au système de santé du fait de leur précarité sociale, de leur méconnaissance du dispositif de soin, de leur inactivité physique, voire de leur réticence à exprimer leurs souffrances physiques. Le rapport particulier à leurs corps et l'absence d'initiative qui caractérisent fréquemment les troubles psychiques sévères et persistants rendent difficile la mise en œuvre d'une démarche de prévention en santé (ex. : suivi buccodentaire, dépistages...). Les effets secondaires des traitements psychiatriques, les conséquences des tentatives de suicide, de leur mauvaise hygiène de vie (alimentation déséquilibrée, tabagisme, inactivité, hygiène personnelle restreinte ou inexistante...) contribuent également à une morbidité plus importante et à une espérance de vie moindre. Ainsi, la présence d'un médecin traitant dans ces situations de handicap psychique est essentielle.

Par ailleurs, si les personnes en situation de handicap relèvent du système de santé de droit commun pour l'ensemble de leurs soins, leur situation peut nécessiter des adaptations spécifiques du dispositif de prise en charge en raison des difficultés liées à la pathologie psychique, à la nécessité d'une prise en charge coordonnée entre professionnels sanitaires et médico-sociaux et à l'accompagnement des aidants familiaux ou professionnels. En réponse à ce besoin, l'instruction de la DGOS du 20 octobre 2015⁷⁴ a permis la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour les personnes en situation de handicap. Il existe ainsi des dispositifs dédiés aux personnes en situation de handicap psychique.

⁷² FFP-CNPP. *Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Argumentaire*. Paris : FFP-CNPP, juin 2015.

⁷³ ANESM. *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques*. Saint-Denis : ANESM, mai 2016, « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ».

⁷⁴ Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap. Cette instruction est destinée à apporter des éléments de repères aux ARS pour structurer ces dispositifs sur leur territoire régional : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/11/cir_40249.pdf

6. Les services sociaux et socio-judiciaires

Dans le cadre de l'accompagnement du parcours de vie d'une personne, la complémentarité d'acteurs et de dispositifs peut s'avérer nécessaire au service de la personne. Ces services peuvent être sollicités directement par la personne ou ses proches ou faire l'objet d'une préconisation par l'équipe de la MDPH dans le cadre du PPC. En outre, comme pour les autres services (de soins, d'accompagnement médico-social...), les professionnels des services sociaux et socio-judiciaires sont également des partenaires de la MDPH dans le processus d'évaluation qu'elle conduit et sont donc susceptibles de lui transmettre les informations utiles et nécessaires pour analyser une situation individuelle.

Avec l'accord de la personne, la coopération entre ces acteurs des champs sociaux et socio-judiciaires et ceux des champs médico-social, sanitaire... facilite la compréhension de sa situation, les échanges et partages d'informations ainsi que les interventions ciblées en réponse à ses besoins individuels. Ainsi, à titre d'exemple, en fonction de la situation et des besoins de la personne, les services et les acteurs suivants peuvent être mobilisés.

6.1 Les services sociaux territoriaux

Ce type de service mobilise un travailleur social polyvalent de secteur. Celui-ci est à la disposition de toute la population pour tous types de difficultés sur un secteur géographique donné, et il est employé par une collectivité territoriale, conseil départemental ou commune. Il travaille en partenariat avec certains travailleurs sociaux spécialisés qui interviennent pour des difficultés sociales spécifiques à une population donnée : service social en faveur des élèves, service social spécialisé en milieu hospitalier, service social spécialisé auprès d'un employeur (service social en entreprise), service social de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), de la caisse d'allocations familiales (CAF)...

6.2 Le service d'insertion et de probation judiciaire

Ce service est notamment chargé d'accompagner les personnes détenues dans le cadre d'un parcours d'exécution des peines. À cette fin, le personnel d'insertion et de probation agit en tant que :

- aide à la décision judiciaire, en proposant des aménagements de peine au juge d'application des peines en fonction du parcours de vie du condamné, de l'acte de délinquance qu'il a commis et de sa situation économique et financière ;
- aide à la préparation à la sortie de prison par le développement et la coordination d'un réseau de partenaires institutionnels et associatifs. Il s'agit alors de faciliter l'accès des personnes incarcérées aux dispositifs d'insertion de droit commun (logement, soin, formation, travail...) ;
- aide au maintien des liens familiaux.

D'autres acteurs peuvent encore être impliqués dans les parcours de jeunes personnes vivant avec des troubles psychiques, sur une durée plus ou moins longue et de façon temporaire ou régulière. Il peut s'agir par exemple des services de protection juridique, des services mandataires judiciaires, des services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou encore des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Dans la mesure où ils sont susceptibles d'accompagner des personnes en situation de handicap psychique sur les plans social, éducatif et judiciaire, ils constituent des partenaires mobilisables pour l'adaptation des réponses à envisager et pour la compréhension de situations individuelles⁷⁵.

⁷⁵ La nécessaire coopération des acteurs de la protection de l'enfance, de l'accompagnement social, éducatif, judiciaire, sanitaire, médico-social, incluant les MDPH, est notamment mise en avant dans le rapport de 2015 du Défenseur des droits, axé sur « Handicap et protection de l'enfance ». Sa synthèse est accessible au lien suivant : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/synthese_du_rapport_2015.pdf

En dehors des missions propres à leur champ de compétences, ces acteurs peuvent jouer un rôle dans la coopération partenariale, de la façon suivante par exemple : repérer les troubles et les situations particulières qu'ils engendrent, accompagner, anticiper les changements, rechercher une complémentarité des interventions avec d'autres acteurs et communiquer les informations utiles et nécessaires pour le suivi et l'accompagnement par d'autres professionnels pour une stratégie globale d'intervention.

7. Les services médico-sociaux

Ces services sont conçus comme des dispositifs souples visant à apporter un accompagnement dans les milieux de vie ordinaires et/ou vers le milieu professionnel, au plus près des besoins et des préoccupations des usagers, et à aider à l'articulation des différentes réponses dans le cadre d'une stratégie globale d'intervention⁷⁶. Ils participent au processus de rétablissement des personnes adultes en situation de handicap psychique.

L'organisation, la composition des équipes et le cadre d'intervention de ces services d'accompagnement peuvent être diversifiés d'un service à l'autre. Néanmoins, ils ont vocation à intervenir d'abord au domicile de la personne ainsi que dans tous les autres lieux où elle exerce ses activités et met en œuvre sa participation sociale. En outre, leurs interventions d'accompagnement se déclinent dans l'ensemble des domaines de vie : insertion en milieu scolaire, universitaire ou professionnel, mais également logement, soutien aux relations sociales, accès au soin... Leur action est individualisée et basée sur une analyse à la fois des attentes, des facteurs personnels et de l'environnement de la personne.

Dans le champ du handicap psychique, l'isolement social et les difficultés à engager des projets et à assumer les impératifs de la vie quotidienne sont au centre des questions d'autonomie et de participation sociale. Les causes en sont variées. Elles peuvent être liées aux troubles psychiques (absence de motivation, angoisse, difficultés pour initier l'action, pour anticiper le plaisir que procurera l'activité, fatigabilité en raison des troubles psychiques et des effets secondaires des traitements...) ou à l'inadaptation de l'activité (en termes d'horaires, de durée, d'intensité, d'exigence normative ou d'investissement émotionnel...). Ces difficultés peuvent être temporaires ou fluctuantes.

Outre les éléments du parcours (scolaire, professionnel, soins, ruptures éventuelles...), ces services doivent analyser et prendre en compte les facteurs environnementaux : la présence de la famille et son rôle pour l'autonomie de la personne, l'existence d'un logement autonome et la manière dont la personne l'occupe, ses relations avec le voisinage, la mise en œuvre des tâches domestiques ou de gestion par des tiers, les différents intervenants et leur mode de coordination.

L'enjeu pour les professionnels de ces services est de pouvoir réajuster en permanence leurs propositions pour apporter des réponses adaptées aux attentes des personnes en situation de handicap psychique, y compris quand leurs demandes s'expriment peu ou d'une façon qui apparaît peu réaliste.

⁷⁶ Voir CEDIAS/CREAHI Île-de-France. *Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ?* Paris, octobre 2010.

7.1 Les services d'accompagnement à la vie sociale

Le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) a pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Ainsi offre-t-il une série de prestations parmi lesquelles l'accompagnement social, le suivi éducatif ou encore l'aide dans la réalisation des actes quotidiens, l'entretien du logement et l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale. Ces prestations sont apportées dans le cadre d'un projet individualisé élaboré en fonction des attentes et des besoins qui ont été repérés avec la personne, ainsi que des freins et des leviers à l'autonomie et à la participation sociale.

Les professionnels qui accompagnent la personne au sein des SAVS ont plutôt suivi une formation d'éducateur spécialisé, mais aussi d'assistant de service social, de conseiller en économie sociale et familiale ou encore de psychologue. Ces « accompagnateurs » peuvent aussi solliciter d'autres professionnels (de leur propre équipe ou de services extérieurs), comme des aides médico-psychologiques et des auxiliaires de vie, notamment pour l'aide aux actes essentiels et à l'entretien du logement.

7.2 Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

En plus des missions dévolues aux SAVS, le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) répond aux besoins de soins, réguliers et coordonnés, ou d'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. L'accompagnement adapté proposé par un SAMSAH comporte des prestations de soins, soit directement en assurant lui-même ces prestations de façon temporaire, soit en favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre, soit en assurant leur coordination en lien avec les acteurs du sanitaire.

Par ailleurs, l'équipe des SAMSAH est pluridisciplinaire et composée généralement des professionnels suivants : travailleurs sociaux, médecin (parfois psychiatre), infirmier, aide-soignante, aide médico-psychologique, psychologue, auxiliaire de vie, ergothérapeute...

Les SAMSAH peuvent ainsi contribuer à l'accès, au maintien et à la coordination des soins nécessaires. Par conséquent, en l'absence de suivi ou de soins (psychiatriques ou somatiques), une orientation vers un SAMSAH pourra être envisagée et être proposée par l'équipe de la MDPH, selon la situation.

7.3 La santé : une dimension importante de l'accompagnement apporté par un SAMSAH⁷⁷

Bien qu'ayant besoin d'un suivi médical régulier, nombreuses sont les personnes présentant des troubles psychiques sévères et persistants à n'avoir pas bénéficié d'un diagnostic actualisé et/ou à rester à l'écart des services de santé et/ou des soignants. En effet, la reconnaissance des troubles psychiques par les personnes concernées est un processus long et non linéaire. De plus, les symptômes et les répercussions de la pathologie psychiatrique sur l'autonomie dans la vie courante compromettent souvent la capacité de la personne à exprimer une demande de soins (et/ou à l'adresser au bon interlocuteur) et à faire les démarches nécessaires pour accéder aux soins (prendre rendez-vous, se souvenir du rendez-vous, sortir de chez soi, utiliser un moyen de transport pour se rendre au rendez-vous...). Les ruptures dans le parcours de soins sont également souvent fréquentes parmi ces publics.

⁷⁷ CEDIAS/CREAHI Île-de-France, ouvr. cité.

Mais d'autres acteurs que les équipes soignantes peuvent contribuer à l'accès, au maintien et à la coordination des soins nécessaires. Ainsi, **pour les SAMSAH, notamment ceux spécialisés « handicap psychique », la santé fait partie des domaines de vie prioritaires pour favoriser l'inclusion sociale des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères et persistants.** Dans la mesure où l'accompagnement social ne peut s'inscrire à terme qu'en complémentarité des soins, les professionnels du champ médico-social sont amenés à contribuer à la veille, à la continuité des soins et à un « raccrochage des soins » en cas d'interruption du suivi psychiatrique. Cette « veille » porte aussi bien sur l'observance du traitement, la régularité des consultations et la participation aux activités thérapeutiques mises en place que sur le repérage et le signalement d'une aggravation des troubles psychiques. Certains SAMSAH, de par leur équipe pluridisciplinaire, sont également outillés pour intervenir auprès de personnes pour lesquels le suivi psychiatrique est fragile, voire inexistant. Leur rôle consiste d'abord à établir une relation de confiance avec la personne, sur laquelle ils pourront s'appuyer pour l'aider à identifier ses difficultés et pour poser notamment la nécessité du suivi psychiatrique.

De plus, pour les personnes souffrant d'une autre maladie chronique associée (VIH, cancer, diabète, maladie cardiaque ou respiratoire) ou cumulant plusieurs problèmes de santé, le SAMSAH sera particulièrement investi sur le suivi et la coordination des soins en mobilisant au premier plan l'infirmier ou le médecin de leur équipe pluridisciplinaire. La santé somatique est d'ailleurs une dimension importante de la stratégie d'intervention des SAMSAH.

Ces services d'accompagnement médico-sociaux, SAVS et SAMSAH, ne peuvent être mobilisés qu'après décision de la CDAPH⁷⁸, suite à une proposition des équipes pluridisciplinaires des MDPH, qui s'appuie sur les projets, attentes et souhaits des personnes ainsi que sur l'analyse des données relatives à leur situation individuelle, qui leur ont été transmises en amont.

7.4 Les services d'aide et d'accompagnement à domicile

« Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) désignent les organismes privés ou publics qui interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. Ils accompagnent notamment les personnes âgées dépendantes, les personnes handicapées ainsi que les familles fragilisées. [Depuis la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,] tous les services intervenant auprès des publics fragiles au sens du code de l'action sociale et des familles (CASF) – personnes âgées, personnes handicapées, familles en difficultés – relèvent du régime de l'autorisation délivrée par le président du conseil départemental. »⁷⁹

Les professionnels de ces services ont vocation à intervenir également auprès de personnes en situation de handicap d'origine psychique pour les actes essentiels de la vie quotidienne (repas, toilette...).

Cet accompagnement pour les actes essentiels de la vie peut faire l'objet d'un financement au titre du volet « aide humaine » de la PCH, sous réserve d'une éligibilité de la situation individuelle à cette prestation (voir le chapitre V de ce guide).

⁷⁸ Art. D. 312-155-5 à D. 312-155-19 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

⁷⁹ Ministère des Affaires sociales et de la Santé : <http://social-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>

Les conséquences de ces actions d'accompagnement mises en place à domicile ne sont pas négligeables pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique. Ces services peuvent en effet contribuer à maintenir des conditions de vie dans un logement, à offrir des repères dans la vie quotidienne, à acquérir une confiance en soi et à développer ainsi l'estime de soi, la prise d'initiatives, à nouer des relations avec autrui...⁸⁰

8. Les établissements médico-sociaux d'accueil et d'hébergement

L'orientation vers ces structures dépend également d'une décision de la CDAPH. Les différentes catégories d'établissements présentées ci-dessous ne sont pas spécifiques aux personnes en situation de handicap psychique et se sont développées au départ pour répondre à des besoins d'accueil en lien principalement avec les déficiences intellectuelles ou motrices. Certains établissements ont cependant fait évoluer leur offre pour améliorer l'accueil des personnes en situation de handicap psychique en réponse notamment à la désinstitutionnalisation de la psychiatrie depuis plusieurs décennies. Les projets sont conditionnés par l'agrément de chaque établissement et peuvent utiliser toutes les modalités possibles dans ce champ : accueil séquentiel ou continu, de jour et/ou de nuit ainsi que l'accueil temporaire.

L'accueil temporaire permet un accueil en structure médico-sociale à n'importe quel moment de l'année, pour des périodes ne dépassant pas quatre-vingt-dix jours au total par an. Il peut être à temps complet ou séquentiel, de jour, de nuit et permet la poursuite du parcours de la personne grâce au cadre et à l'accompagnement proposés. Il permet de soulager la famille qui a besoin de répit, de faire face à une situation d'urgence (hospitalisation d'un parent, rupture d'accueil dans une structure...). Il peut aussi être utilisé lorsqu'une institution rencontre des difficultés dans l'accompagnement d'une personne en situation de handicap pour proposer une alternative de prise en charge adaptée. Il peut également permettre des séjours en structures médico-sociales lorsque la personne est hospitalisée afin de vérifier la pertinence d'une orientation.

L'accueil de jour offre à des personnes vivant à domicile la possibilité d'être accueillies de manière non permanente (d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine). Les structures proposent des activités et favorisent ainsi le maintien à domicile en développant ou en maintenant les acquis de la personne en situation de handicap et en facilitant ou en préservant son intégration sociale.

Les foyers de vie (ou foyers d'accueil spécialisé ou foyers occupationnels) peuvent accueillir en internat ou en accueil de jour les personnes handicapées qui ont conservé une certaine autonomie dans les actes ordinaires de la vie, mais qui ne sont pas en capacité d'occuper un emploi en milieu ordinaire ou d'exercer une activité à caractère professionnel en ESAT.

L'accueil dans ce type de structure est une des réponses possibles aux personnes rencontrant une difficulté à se maintenir dans un logement en milieu ordinaire. Il faut toutefois que la personne supporte la vie en collectivité, ce qui doit être soigneusement évalué, notamment par des mises en situation au regard des particularités des situations de handicap psychique.

Les foyers d'accueil médicalisé (FAM) accueillent en internat ou en accueil de jour des personnes adultes handicapées psychiques ou présentant des troubles associés, dont la dépendance totale ou partielle :

- les rend inaptes à toute activité professionnelle en milieu ordinaire ou protégé ;
- peut rendre nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence, ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

⁸⁰ Voir ANCREAI. *Étude sur l'accompagnement à domicile des personnes adultes en situation de handicap psychique*, pour l'Observatoire national des aides humaines d'HANDEO, mai 2016.

Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) accueillent en internat ou en accueil de jour des personnes adultes dont la situation de handicap nécessite une aide conséquente pour la réalisation d'actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

Les MAS doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent l'hébergement, les soins médicaux et paramédicaux, les aides à la vie courante et les soins d'entretien, ainsi que des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et à améliorer les acquis et à prévenir les régressions de ces personnes.

Le profil des personnes accueillies en FAM et en MAS se caractérise généralement par une altération très importante de leur capacité de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Cette altération est souvent liée à une déficience psychique sévère ou profonde associée à d'autres troubles, dont les troubles du comportement, qui perturbe gravement la socialisation et nécessite un accompagnement médico-social soutenu et une surveillance constante. Des troubles somatiques sont aussi souvent associés, favorisés par une difficulté antérieure d'accès aux soins.

Bien que la description des ressources existantes pour les adultes ne soit pas exhaustive, d'autres acteurs et dispositifs des champs médico-social et de l'aide sociale à l'enfance, intervenant auprès des enfants et des jeunes adultes, peuvent jouer un rôle non négligeable dans l'accompagnement des parcours de personnes susceptibles d'être en situation de handicap d'origine psychique. Il s'agit particulièrement des établissements suivants :

- **les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)** : ils accueillent des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont les conséquences peuvent se caractériser par des difficultés pour l'organisation du quotidien, la compréhension des règles de vie et des limites, la relation à autrui, la perception de soi-même... ;
- **les maisons d'enfants à caractère social (MECS)** : elles sont des établissements sociaux et médico-sociaux qui accueillent des enfants de zéro à dix-huit ans confiés à l'ASE par décision judiciaire ou administrative. Peuvent être également pris en charge à titre temporaire par le service chargé de l'aide sociale à l'enfance les mineurs émancipés et les majeurs âgés de moins de vingt et un ans qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale faute de ressources ou d'un soutien familial suffisants.

Du fait des caractéristiques et des besoins de leurs publics, du fait également des missions de ces établissements, les ITEP et les MECS constituent des partenaires possibles de l'accompagnement des parcours de personnes en situation de handicap d'origine psychique. Non seulement ils peuvent jouer un rôle dans le repérage ou le dépistage de troubles psychiques, mais ils sont également amenés à coopérer avec les acteurs des champs du social, du sanitaire (particulièrement la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte) et du médico-social dans un objectif de continuité des accompagnements adaptés et de fluidité des parcours.

9. D'autres acteurs et dispositifs pour l'inclusion⁸¹

L'entraide entre personnes vivant avec des troubles psychiques, ou l'aide entre pairs (la pair-aidance), est aujourd'hui reconnue comme **un point d'appui majeur pour le rétablissement⁸² des personnes concernées et donc pour leur participation à la vie de la cité**. Le partage d'expériences, du vécu d'un trouble psychique et du parcours de rétablissement entre pairs en constitue les principes fondamentaux. Dans ce sens, la pair-aidance a une vocation de réhabilitation psychosociale et vise à permettre à l'individu de sortir du statut de « patient » pour devenir acteur de son rétablissement. Le partage d'expérience et l'entraide peuvent induire des effets positifs dans la vie des personnes vivant avec des troubles psychiques, notamment en leur permettant de reprendre confiance en elles et en leurs capacités, leurs aptitudes, de rompre l'isolement et d'apprendre à vivre avec la maladie.

Cette démarche peut permettre à des personnes fragilisées de s'inscrire dans une citoyenneté participative. Elle constitue une démarche d'*empowerment*⁸³ aussi bien pour le pair-aidant que pour le pair-aidé⁸⁴. Elle peut prendre plusieurs formes et se décliner suivant des modalités de développement différentes :

- l'entraide par les associations d'usagers de la psychiatrie et de leur famille ;
- les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ;
- l'intégration de pairs-aidants bénévoles ou professionnels dans les services de soins (les médiateurs de santé-pairs) ;
- l'accompagnement individuel dans la réinsertion sociale et professionnelle (approche *clubhouse*).

À noter : D'autres acteurs et dispositifs s'appuyant sur cette démarche d'entraide et/ou proposant des actions de mise en œuvre des processus de rétablissement et d'*empowerment* peuvent exister. Ils sont relativement récents en France et sont déployés de façon inégale sur le territoire. Par ailleurs, quelle que soit leur forme, ils ne doivent pas se substituer à une réponse d'accompagnement médico-social, mais ils peuvent la compléter selon les choix et les souhaits de la personne.

Les associations d'usagers de la psychiatrie et de leur famille se sont fortement développées ces dernières années. En fonction de leur histoire, de leur organisation, de leurs objectifs, de leur présence sur les territoires (il peut s'agir parfois de regroupements d'associations), les associations n'ont pas toutes les mêmes missions. Elles peuvent avoir une fonction de représentation des usagers de la psychiatrie pour la participation aux politiques publiques, une fonction de lutte contre la stigmatisation et/ou encore une fonction d'entraide.

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des dispositifs de prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie sociale organisés sous forme associative, dont le principe général est l'autogestion par les personnes fréquentant le GEM. Ils accueillent des personnes présentant des troubles de santé similaires qui les mettent en situation de fragilité. Les GEM sont une forme de concrétisation de l'*empowerment* et reposent sur la philosophie de la pair-aidance.

⁸¹ Cette « liste » d'acteurs et de dispositifs autres que ceux déjà mentionnés dans le guide, qui favorisent l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique, n'est bien sûr pas exhaustive.

⁸² La notion de rétablissement fait l'objet d'une définition en annexes 4 et 5 de ce guide.

⁸³ La notion d'*empowerment* fait l'objet d'une définition en annexes 4 et 5 de ce guide.

⁸⁴ Source et pour en savoir plus sur la pair-aidance, voir le site du Psycom : <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Pair-aidance>

Les GEM sont des lieux d'échange et de soutien mutuel entre les adhérents, qui contribuent à créer et faciliter le lien social (à l'intérieur et à l'extérieur du GEM), la participation sociale et à lutter contre l'isolement. Ils n'ont pas vocation à délivrer des prestations et des services médico-sociaux, mais peuvent favoriser l'accès aux soins et à un accompagnement médico-social de leurs adhérents, notamment par le développement de relations et de réseaux avec les institutions compétentes en la matière (les GEM ont différentes conventions de partenariat).

En résumé, les GEM ne constituent pas des structures médico-sociales au sens de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. L'adhésion en GEM ne se fait donc pas sur la base d'une orientation CDAPH, mais est en « accès libre », selon la procédure établie pour chaque GEM. Ils ne doivent donc pas être assimilés à des SAVS ou à des SAMSAH : ils ne se substituent pas à eux, mais sont une offre complémentaire. Une personne peut donc bénéficier d'un accompagnement en SAVS ou en SAMSAH et fréquenter dans le même temps un GEM.

La médiation en santé par les pairs se développe depuis plusieurs années au niveau international dans le champ de la santé mentale. Elle vise à intégrer des personnes vivant avec des troubles psychiques et s'étant rétablies dans des équipes soignantes. Le médiateur de santé-pair⁸⁵ est donc un membre du personnel qui, dans le cadre de ses missions professionnelles, partage son vécu et son histoire de rétablissement ou son savoir expérientiel. Il vise ainsi à soutenir et à informer des personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'il a vécues.

En France, depuis 2012, des médiateurs de santé-pairs en santé mentale sont formés⁸⁶ et salariés de plusieurs établissements publics de santé mentale (EPSM). Par ailleurs, des pair-aidants en santé mentale interviennent à titre bénévole dans certaines associations ou structures médico-sociales.

Un autre dispositif pour l'inclusion émerge actuellement en France : le *clubhouse*. Basé sur l'approche de la pair-aidance, il est un lieu non médicalisé d'activité de jour et d'accompagnement individuel dans la **réinsertion sociale et professionnelle** de personnes vivant avec des troubles psychiques. Le *clubhouse*⁸⁷, en complément et en parallèle du suivi médical, vise à aider les personnes à sortir de leur isolement et à retrouver un lien social, à réduire la stigmatisation des troubles psychiques, à reprendre confiance en elles, à accéder et à se maintenir dans l'emploi.

85 Pour en savoir plus, voir le site du Psycom : <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Mediateurs-de-sante-pairs-en-sante-mentale>

86 Les programmes de formations diplômantes de pair-aidants professionnalisés sont à ce jour expérimentaux. La médiation de santé par les pairs en santé mentale est un mouvement émergent, en cours de développement ces prochaines années. Actuellement, les médiateurs de santé-pairs sont salariés au sein d'EPSM d'Île-de-France, du Nord – Pas-de-Calais et de la région PACA, puis prochainement au sein des établissements hospitaliers ou au sein de structures médico-sociales. Pour en savoir plus, voir le site du CCOMS : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=livre-lexp%C3%A9rimentation-des-m%C3%A9diateurs-de-sant%C3%A9-pairs>

87 Basé sur un modèle d'insertion appelé « *clubhouse* », répandu dans plus de trente pays (350 clubs aujourd'hui, à partir du modèle américain du club *Fountain House* de New York en 1948), l'association a ouvert à Paris en novembre 2011 le premier *clubhouse* français. Il n'existe à ce jour qu'un *clubhouse*, celui de Paris, mais d'autres devraient ouvrir dès 2017 dans d'autres villes en France.

L'approche *clubhouse* s'appuie sur :

- la mixité de la gestion du lieu, assurée conjointement par les membres bénéficiaires et les salariés (« cogestion ») ;
- l'accompagnement individuel et adapté des membres bénéficiaires par un salarié référent ;
- l'entraide entre pairs ;
- le travail avec l'ensemble des partenaires et parties prenantes, en particulier avec les entreprises avec lesquelles sont mises en place toutes les solutions possibles pour amener les membres à l'emploi et les aider à s'y maintenir (stages, missions courtes, CDD et CDI, parrainage, bénévolat...).

Pour devenir membre du club, il n'est pas nécessaire d'avoir une orientation CDAPH ou une RQTH. Peut devenir membre toute personne adulte en situation de handicap psychique « stabilisée » :

- consciente de sa maladie ou de son handicap ;
- attestant d'un suivi médical ;
- désireuse de participer à une aventure collective ;
- acceptant que le *clubhouse* soit en contact avec un médecin référent en cas de crise.

V

Les autres prestations dans le cadre du droit à compensation

Cette partie présente les **autres prestations dans le cadre du droit à compensation susceptibles de concerner les adultes en situation de handicap d'origine psychique**. L'ouverture de droits à ces prestations est cadrée par des textes réglementaires et s'inscrit dans les dispositifs de droit spécifique nécessitant de s'adresser à la MDPH. L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH les propose dans le cadre d'un PPC à la personne handicapée ou à son représentant légal et à la CDAPH pour validation et décision.

1. L'allocation aux adultes handicapés

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) permet d'assurer un revenu minimum à un adulte en situation de handicap ne pouvant pas exercer une activité professionnelle suffisante. Pour ouvrir droit à l'AAH, la personne en situation de handicap doit relever :

- d'un taux d'incapacité permanente compris entre 50 et moins de 80 % et présenter également une restriction substantielle et durable pour l'accès à un emploi (RSDAE) compte tenu du handicap (AAH au titre de l'article L. 821-2 du Code de la sécurité sociale) ;
- uniquement d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 80 % (AAH au titre de l'article L. 821-1 du Code de la sécurité sociale) ; dans ce cas, l'AAH peut être complétée sous conditions par le complément de ressources⁸⁸ ou par la majoration pour la vie autonome⁸⁹.

Le taux d'incapacité permanente est déterminé par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH⁹⁰ en utilisant le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (annexe 2-4 du CASF)⁹¹. Ce taux est déterminé en fonction du niveau des conséquences des différentes déficiences présentées par la personne. Le chapitre II du guide-barème permet de prendre en compte les conséquences des déficiences psychiques (en particulier, la section 2 de ce chapitre, relative aux déficiences psychiques de l'adulte).

L'AAH est versée sous réserve de respecter quatre critères : incapacité, âge (personnes de plus de vingt ans ou personnes entre seize et vingt ans n'étant plus considérées à charge pour le bénéfice des prestations familiales)⁹², résidence et ressources. Les trois derniers critères sont de la compétence des organismes payeurs (caisse d'allocations familiales – CAF – et Mutualité sociale agricole – MSA) et non de la CDAPH. De ce fait, ils ne peuvent pas être retenus en tant que motivation du rejet d'une demande.

Il convient de souligner que l'AAH peut être un tremplin vers l'insertion professionnelle pour de nombreuses personnes en situation de handicap psychique et non pas un frein.

⁸⁸ Article L. 821-1-1 du CSS.

⁸⁹ Article L. 821-1-2 du CSS.

⁹⁰ Article R. 146-28 du CASF.

⁹¹ Le chapitre VI de ce dossier technique apporte les bases d'utilisation de cet outil d'éligibilité.

⁹² Article R. 821-1 du CSS.

1.1 L'AAH au titre de l'article L. 821-2 du Code de la sécurité sociale

Pour ouvrir droit à l'AAH à ce titre, deux critères cumulatifs sont fixés réglementairement :

- avoir un taux d'incapacité compris entre 50 et moins de 80 % (voir le paragraphe III. 1) ;
- présenter une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap (RSDAE).

À ce titre, l'AAH peut être attribuée pour une durée d'un à deux ans. Néanmoins, si le handicap et la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ne sont pas susceptibles d'une évolution favorable, cette durée peut aller jusqu'à cinq ans⁹³.

La restriction est considérée comme substantielle lorsque la personne rencontre, du fait de son handicap même, des difficultés importantes d'accès à l'emploi. Elle est dépourvue d'un caractère substantiel lorsqu'une compensation peut être mise en place (réponses apportées aux besoins de compensation facilitant l'accès à l'emploi : aménagement du poste de travail sans constituer des charges disproportionnées, adaptation dans le cadre d'une situation de travail)⁹⁴.

La restriction est durable dès lors qu'elle est d'une durée prévisible d'au moins un an à partir du dépôt de la demande d'AAH. La notion d'emploi correspond à la possibilité d'accéder et de se maintenir dans une activité en milieu ordinaire : l'activité en milieu protégé n'est pas une activité professionnelle considérée comme un emploi, mais une activité à caractère professionnel.

La reconnaissance d'une RSDAE compte tenu du handicap est ainsi compatible avec :

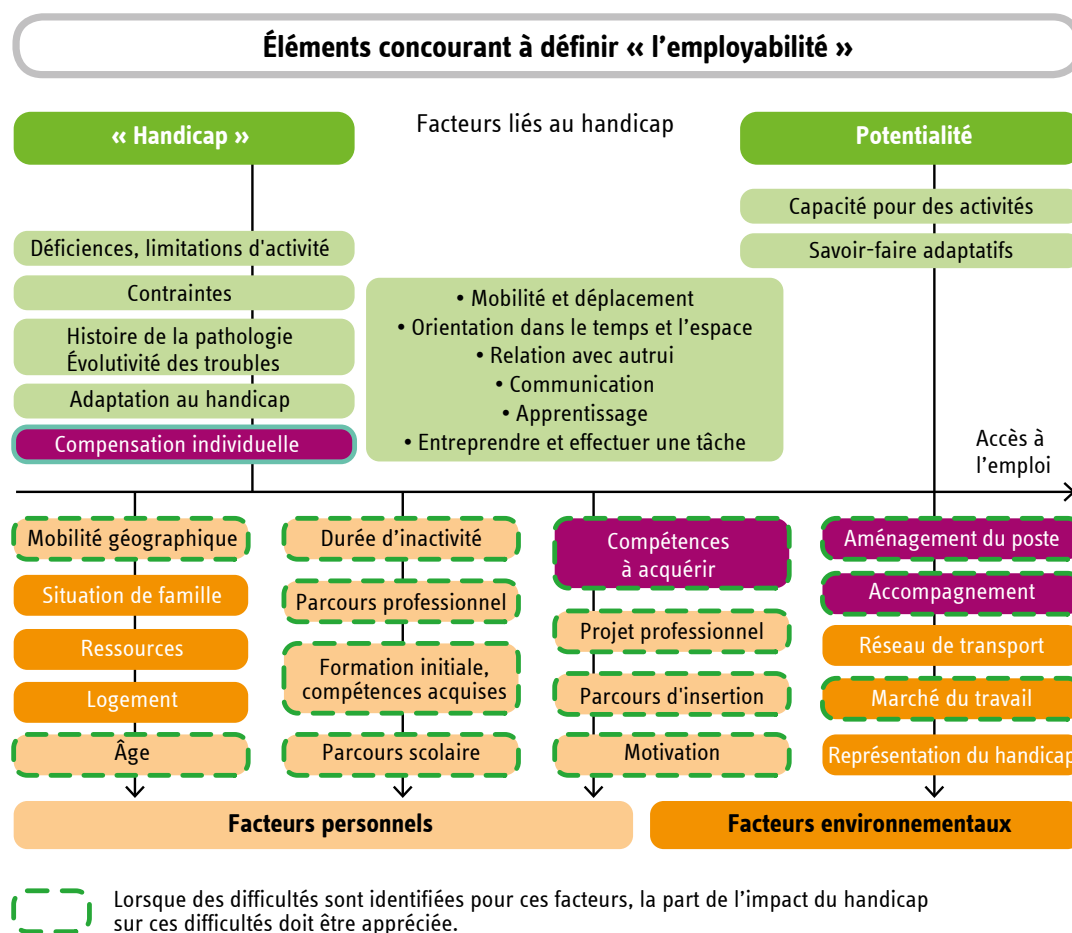
- une activité en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) dès lors que cette orientation a été notifiée, même si elle n'est pas effective ;
- une durée de travail inférieure à un mi-temps (correspondant à 17 h 30) si cette limitation résulte exclusivement des effets du handicap ;
- le suivi d'une formation sous réserve de l'analyse globale du cas d'espèce (dès lors que la personne n'a pas ou plus de compétences mobilisables pour l'accès à l'emploi).

Le fait d'avoir un contrat de travail en cours pour une activité d'une durée supérieure à un mi-temps n'interdit pas la reconnaissance d'une RSDAE si l'analyse de la situation montre que la personne n'est pas en capacité de s'y maintenir. En effet, des personnes handicapées psychiques peuvent être ponctuellement en emploi du fait de leur handicap. La notion de maintien durable dans l'emploi ou d'emploi à mi-temps ou pour une durée supérieure à un mi-temps doit intégrer le travail « en discontinu, de façon intermittente » du fait du handicap.

⁹³ Article R. 821-5 du CSS

⁹⁴ Article D. 821-1-2 du CSS.

Facteurs ayant un impact sur la capacité d'accès et de maintien dans l'emploi



Source : CNSA

L'évaluation doit être strictement individualisée et doit rechercher les facteurs limitant l'accès ou le maintien dans l'emploi ainsi que leur lien ou non avec le handicap de la personne concernée :

- facteurs personnels (déficiences à l'origine du handicap, limitations d'activités résultant de ces déficiences, contraintes liées aux traitements et prises en charge thérapeutiques, troubles aggravant les déficiences et limitations d'activités, mobilité géographique, durée d'inactivité, parcours scolaire et professionnel...);
- facteurs environnementaux.

Pour apprécier si les difficultés d'accès à l'emploi sont liées au handicap, elles sont comparées à la situation d'une personne sans handicap présentant par ailleurs les mêmes caractéristiques en matière d'accès à l'emploi. L'évaluation doit tenir compte des possibilités de compensation. Il sera utile de se référer au décret du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés⁹⁵ ainsi qu'à la circulaire⁹⁶ relative à l'application de ce décret. Le *Guide pratique sur l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés* de la DGCS apporte aussi une aide pour les situations complexes.

⁹⁵ Décret n° 2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi et à certaines modalités d'attribution de cette allocation.

⁹⁶ Circulaire n° DGCS/SD1/2011/413 du 27 octobre 2011 relative à l'application du décret n° 2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi et à certaines modalités d'attribution de cette allocation.

Du fait de l'hétérogénéité des situations de handicap psychique, il ne peut y avoir de systématisation de réponse aux demandes d'AAH. Une égalité de raisonnement doit néanmoins pouvoir être appliquée afin d'assurer une équité de réponse en fonction des niveaux de conséquences observés et des spécificités de chaque situation.

Il est important de ne pas oublier de prendre en compte l'impact des différents signes cliniques présentés par ces personnes, les contraintes liées aux prises en charge thérapeutiques, ainsi que le caractère fluctuant des signes et en particulier leur fréquence rapprochée.

Il faut s'attacher à examiner les possibilités d'accès à l'emploi et ne pas négliger celles de maintien dans l'emploi : en effet, il n'est pas rare que les personnes en situation de handicap psychique réussissent à se procurer un emploi au vu de leur niveau d'étude et de leurs compétences acquises, mais qu'il leur soit impossible ensuite de se maintenir plus de quelques mois dans un poste, du fait des troubles ou de la fluctuation de leur état de santé.

Ainsi le parcours professionnel antérieur, quand il existe, doit être soigneusement examiné afin de repérer des ruptures itératives et de pouvoir si possible analyser leurs causes. On pourra ainsi apprécier les moyens de compensation qu'il serait nécessaire de mettre en place ou vérifier la pertinence de moyens de compensation déjà tentés et éviter une répétition de mesures s'avérant au final inefficaces pour la personne considérée (multiplication de formations ne débouchant sur aucun projet professionnel viable).

La question de la motivation doit être envisagée de manière spécifique pour les personnes en situation de handicap psychique. En effet, les déficits de motivation peuvent faire partie intégrante de certains troubles et générer une incapacité, en lien avec la situation de handicap, à s'engager dans un projet professionnel. Il ne s'agit pas d'un choix conduisant à une absence de recherche d'activité professionnelle, mais bien d'une conséquence des troubles psychiques et cognitifs de la personne concernée. Cette spécificité doit être prise en compte lors de l'appréciation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, notamment dans l'utilisation de l'arbre de décision de la circulaire du 27 octobre 2011.

1.2 L'AAH au titre de l'article L. 821-1 du Code de la sécurité sociale

Pour ouvrir droit à l'AAH à ce titre, le seul critère réglementaire réside dans la détermination d'un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %. À ce titre, l'AAH peut être attribuée pour une durée d'un à cinq ans. Néanmoins, si le handicap n'est pas susceptible d'une évolution favorable, cette durée peut aller jusqu'à vingt ans⁹⁷. Dans ces situations, si les critères réglementaires sont remplis, l'AAH peut être complétée par le complément de ressources (CPR) ou par la majoration pour la vie autonome (MVA). Ces compléments sont attribués en application de critères d'éligibilité spécifiques ne relevant pas tous de la MDPH :

- le CPR est destiné à compenser l'absence durable de revenu d'activité d'une personne bénéficiaire de l'AAH et dans l'incapacité quasi absolue de travailler. Ce complément est attribué en fonction de critères :
 - d'incapacité et de capacité de travail⁹⁸ relevant d'une décision de la CDAPH (taux d'incapacité au moins égal à 80 % et capacité de travail inférieure à 5 %⁹⁹ du fait du handicap),
 - de ressources et de logement relevant des organismes payeurs (perception de l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ; absence de revenu à caractère professionnel depuis un an à la date du dépôt de la demande de complément ; logement indépendant) ;
- la MVA permet à une personne handicapée bénéficiaire de l'AAH et vivant dans un logement indépendant de faire face aux dépenses que cela implique. Cette majoration est attribuée en fonction de critères d'incapacité (taux d'incapacité au moins égal à 80 %), de ressources et de logement (perception de l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ; absence de revenu à caractère professionnel ; logement indépendant avec bénéfice d'une aide au logement). Contrairement au CPR, cette majoration ne relève pas d'une décision de la CDAPH et est versée par l'organisme payeur en même temps que l'AAH dès lors que les conditions sont remplies.

Il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des répercussions et des contraintes présentes. Une même logique de raisonnement, quelle que soit la pathologie à l'origine d'une situation de handicap, doit être appliquée lors de toutes les demandes d'AAH en posant les questions dans le même ordre.

⁹⁷ Article R. 821-5 du CSS modifié par le décret n° 2017-122 du 1^{er} février 2017 relatif à la réforme des minima sociaux.

⁹⁸ Ces critères relèvent de la CDAPH.

⁹⁹ Circulaire n° DGAS/1C/2006/37 du 26 janvier 2006 relative à l'appréciation d'une capacité de travail inférieure à 5 % pour l'octroi du complément de ressources prévu à l'article L. 821-1-1 du Code de la sécurité sociale et circulaire n° DGAS/1C/SD3/2007/141 du 10 avril 2007 relative à l'appréciation de la condition de capacité de travail inférieure à 5 % pour l'octroi de la garantie de ressources pour les personnes handicapées prévue à l'article L. 821-1-1 du Code de la sécurité sociale.

2. La prestation de compensation du handicap

La prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées en matière d'aide humaine, d'aides techniques, d'aménagements du logement ou du véhicule, d'aide animalière, de frais liés à des transports ou à d'autres charges liées au handicap.

Elle n'est pas destinée à couvrir tous les frais de compensation pour l'ensemble des personnes ayant un besoin identifié lors de l'évaluation. Certaines personnes ayant de réels besoins ne rentreront pas dans le périmètre défini par le référentiel et ne seront pas éligibles à la PCH. Pour d'autres, bien qu'elles soient éligibles, certains besoins ne seront pas couverts par cette prestation. Certaines situations individuelles semblent ainsi insuffisamment couvertes par le seul dispositif PCH au regard des besoins réels mis en évidence par l'évaluation multidimensionnelle.

La notion de compensation dépasse largement les contours de cette seule prestation et doit être aussi comprise comme l'activation d'autres droits, y compris du droit commun prévu pour tous, moyennant si nécessaire quelques adaptations. Cette prestation est destinée à toute personne en situation de handicap, quelle que soit l'origine de son handicap.

Des droits peuvent donc être ouverts pour des personnes en situation de handicap psychique :

- dès lors que les critères d'éligibilité et les critères spécifiques à chaque élément sont remplis ;
- dès lors qu'elles vivent au domicile de leur famille, dans un logement indépendant, dans un habitat partagé ou même en établissement.

Dans le processus d'analyse de cette prestation, deux temps peuvent être distingués :

- la vérification de l'éligibilité à la prestation ;
- la vérification du respect des critères réglementaires de chaque élément afin de déterminer les aides attribuables à ce titre parmi les solutions co-élaborées avec la personne.

2.1 La vérification de l'éligibilité à la prestation

L'éligibilité à cette prestation est basée sur les difficultés pour un nombre donné d'activités (une difficulté absolue ou deux graves, définitives ou d'une durée prévisible au moins d'un an), **dans une liste de dix-neuf activités**¹⁰⁰ correspondant à quatre domaines : tâches et exigences générales – relations avec autrui, mobilité, entretien personnel, communication. Lorsque ces critères sont vérifiés, ils permettent d'envisager au moins l'accès aux éléments 2 (aides techniques), 3 (aménagements du logement et du véhicule, surcoûts liés aux transports), 4 (charges spécifiques et exceptionnelles) et 5 (aides animalières) de la prestation.

¹⁰⁰ Annexe 2-5 du CASF.

Les définitions des activités sont issues de la CIF et doivent être respectées afin de garantir l'égalité de traitement visée. Ces définitions sont indiquées pour chaque activité dans le guide d'aide à la cotation de l'éligibilité¹⁰¹. Ce guide est à la disposition des équipes pluridisciplinaires des MDPH afin qu'elles puissent s'y référer, que ce soit à propos des définitions¹⁰², mais aussi des modalités de cotation du niveau de difficulté à réaliser l'activité.

Liste des activités à évaluer puis à coter pour l'accès à la PCH

Domaine	Activités prises en compte pour l'éligibilité générale à la PCH	Actes essentiels pris en compte pour l'accès aux aides humaines
Tâches et exigences générales, relation avec autrui	S'orienter dans le temps S'orienter dans l'espace Gérer sa sécurité Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui	
Mobilité, manipulation	Se mettre debout Daire ses transferts Se déplacer (dans le logement, à l'extérieur) Avoir la préhension de la main dominante Avoir la préhension de la main non dominante Avoir des activités de motricité fine	Déplacement
Entretien personnel	Se laver Assurer l'élimination et utiliser les toilettes S'habiller, se déshabiller Prendre des repas	Toilette = se laver + prendre soin de corps Élimination = assurer l'élimination et aller aux toilettes Habillage = s'habiller et se déshabiller Alimentation = manger et boire
Communication	Parler Entendre (percevoir les sons et comprendre) Voir (distinguer et identifier) Utiliser des appareils et techniques de communication	

Source CNSA : L'éligibilité à la PCH, Les Cahiers pédagogiques de la CNSA, octobre 2013.

Les spécificités de l'éligibilité au volet « aide humaine »

L'accès à l'élément aide humaine de la PCH est subordonné pour sa part à des critères spécifiques, en supplément de l'éligibilité générale à la PCH, puisqu'il est nécessaire qu'au moins une des deux conditions suivantes soit remplie¹⁰³.

101 CNSA. Guide pour l'éligibilité à la PCH. Appui à la cotation des capacités fonctionnelles, juin 2011.

102 Point 1 de la section 4 du chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF.

103 Point 1 de la section 4 du chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF.

Condition 1

Présenter une difficulté absolue pour au moins un des cinq actes essentiels suivants ou une difficulté grave pour au moins deux des cinq actes essentiels suivants (voir le point a) correspondant à l'entretien personnel et le point b) correspondant aux déplacements de la section 1 du chapitre 2 de l'annexe 2-5) :

- toilette ;
- habillage ;
- alimentation ;
- élimination ;
- déplacements (à l'intérieur du logement, à l'extérieur pour des démarches liées au handicap).

Ou à défaut condition 2

Le temps d'aide apporté (ou susceptible d'être apporté) par un aidant familial pour les seuls actes essentiels cités précédemment ou au titre de la surveillance atteint quarante-cinq minutes par jour.

Le temps d'aide pour les actes essentiels est déterminé à l'aide de l'annexe 2-5 du CASF qui est le référentiel pour l'accès à la prestation de compensation.

Le terme de surveillance s'entend au sens de veiller sur la personne handicapée afin d'éviter qu'elle s'expose à un danger menaçant son intégrité ou sa sécurité. Le besoin de surveillance doit également être apprécié en conformité avec ce référentiel.

La notion d'aidant familial dans cette condition d'accès doit être entendue comme condition minimale de l'aide : même si aucune aide professionnelle n'est requise, la condition est réputée remplie dès lors qu'un aidant familial pourrait apporter l'aide. Il ne s'agit pas ici d'exclure de cette possibilité d'accès à la PCH une personne au motif qu'elle n'aurait pas d'aidant familial dans son entourage.

Cette deuxième condition constitue une sorte de « filet de rattrapage » pour ne pas exclure de l'élément 1 de la PCH des situations où la première condition n'est pas remplie, mais où le besoin d'aide et/ou de surveillance est néanmoins important du fait de conditions environnementales particulières (par exemple un environnement inadapté) ou d'un cumul de difficultés modérées qui constituent au final une entrave lourde dans la vie quotidienne.

Remarque sur la notion d'actes essentiels : Le 1 de la section 1 du chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF définit en tant qu'actes essentiels de l'existence un ensemble d'actes plus large que les cinq actes essentiels à prendre en compte pour déterminer l'éligibilité spécifique à l'aide humaine. Ces derniers actes ne recouvrent en effet que les deux premières catégories d'actes essentiels listés aux a) – entretien personnel – et b) – déplacements – du 1 de la section 1 du chapitre 2 « aides humaines » de l'annexe 2-5 du CASF. La participation à la vie sociale et les besoins éducatifs ne sont pas pris en compte pour l'appréciation de l'éligibilité au volet aide humaine de la PCH.

Les définitions devant être retenues pour ces actes sont différentes de celles des activités utilisées pour l'éligibilité générale à cette prestation. Ces définitions sont celles indiquées dans la section 1 du chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Section 1 du chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF.

Concernant les différents actes de l'entretien personnel pour lesquels un financement peut être mis en place au titre de l'élément aide humaine de la PCH :

- la toilette englobe les activités « se laver » et « prendre soin de son corps » (notamment l'hygiène buccale avec si nécessaire l'entretien de prothèses dentaires, le rasage, le coiffage...). Le cas échéant, elle comprend aussi l'installation dans la douche ou la baignoire ;
- l'habillage englobe les activités « s'habiller » (comprenant l'habillage et le déshabillage et, le cas échéant, l'installation ou le retrait d'une prothèse) et « s'habiller selon les circonstances » ;
- l'alimentation englobe les activités « manger » (y compris couper les aliments et/ou les servir) et « boire » (y compris assurer une prise régulière de boisson hors des repas) ainsi que l'installation de la personne pour prendre les repas. Cet acte n'englobe pas le portage des repas ou la préparation des repas ;
- l'élimination englobe les activités « assurer la continence » et « aller aux toilettes » (correspondant notamment au fait de se rendre dans un endroit approprié, de s'asseoir et de se relever des toilettes, ainsi que le cas échéant de réaliser les transferts entre les toilettes et le fauteuil). Les actes concernant l'élimination qui relèvent d'actes infirmiers ne sont pas pris en compte.

Les déplacements, pour lesquels un financement peut être mis en place au titre de l'élément aide humaine de la PCH, englobent pour leur part les déplacements à l'intérieur du logement et les déplacements à l'extérieur exigés par des démarches liées au handicap de la personne et nécessitant la présence personnelle de celle-ci.

Remarque sur les déplacements : Pour l'éligibilité générale à la PCH, afin de déterminer la cotation de la difficulté grave ou absolue, il faut se référer à la définition de l'activité « se déplacer » englobant à la fois les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur (voir la fiche 2.7 du guide pour l'éligibilité à la PCH).

Les deux conditions permettant d'apprécier l'éligibilité à l'aide humaine mentionnent toutes les deux les déplacements. La mention des déplacements renvoie au chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF correspondant aux actes pouvant être pris en compte au titre de la PCH aide humaine. Afin de déterminer si, pour cet acte, il existe une difficulté absolue ou grave ou si une intervention sur un temps suffisamment important est nécessaire, il faut se référer à la définition de l'acte « déplacements » et pas à celle de l'activité « se déplacer ».

Cet acte englobe les déplacements à l'intérieur et les déplacements à l'extérieur exigés par des démarches liées au handicap de la personne et nécessitant la présence personnelle de celle-ci. Pour les actes essentiels, le texte exclut de l'acte « déplacements » les autres déplacements à l'extérieur qui font partie d'autres actes (participation à la vie sociale et surveillance).

De ce fait, pour la vérification des critères d'éligibilité au titre de la seconde condition (temps d'aide d'au moins quarante-cinq minutes par jour), le temps quotidien pouvant être reconnu comme nécessaire en rapport avec les « déplacements » doit prendre en compte uniquement les déplacements à l'intérieur (dans la limite de trente-cinq minutes par jour) et les déplacements extérieurs pour des démarches liées au handicap nécessitant la présence de la personne (limités à trente heures par an, soit environ cinq minutes quotidiennes).

Toutefois, il est également prévu de tenir compte du besoin de surveillance pour apprécier si le temps quotidien d'aide nécessaire atteint ou non les quarante-cinq minutes. L'annexe 2-5 du CASF précise à la section 2 du chapitre 2 (à propos des personnes présentant une altération d'une ou plusieurs fonctions mentale, cognitive ou psychique) que le besoin de surveillance s'apprécie au regard des conséquences des troubles sur la capacité de la personne à :

- s'orienter dans le temps ;
- s'orienter dans l'espace ;
- gérer sa sécurité ;
- utiliser des appareils et techniques de communication ;
- maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui.

Il est également précisé que ce besoin de surveillance s'apprécie de façon complémentaire au regard de la capacité à faire face à un stress, à une crise, à des imprévus ou à d'autres troubles comportementaux particuliers comme ceux résultant de troubles neuropsychologiques.

En fonction des données du guide CNSA intitulé *Guide pour l'éligibilité à la PCH. Appui à la cotation des capacités fonctionnelles*, l'activité « s'orienter dans l'espace » inclut le fait de s'orienter pour se déplacer à l'extérieur. De plus, le besoin de surveillance pour gérer sa sécurité, maîtriser son comportement ou faire face à un stress, une crise ou un imprévu peut correspondre à des situations où la personne se trouve à l'extérieur du logement.

De ce fait, si la personne présente une atteinte des fonctions mentale, cognitive ou psychique, nécessitant une surveillance lorsqu'elle se trouve à l'extérieur de son logement, le temps nécessaire pour cette intervention de surveillance doit être pris en compte dans l'appréciation de cette limite de quarante-cinq minutes par jour.

La cotation des difficultés

Qu'il s'agisse de l'éligibilité générale ou de l'éligibilité à l'élément 1 de la prestation, la cotation des difficultés est faite sur l'appréciation de la capacité fonctionnelle en analysant la réalisation de l'activité par la personne seule hors assistance de quelque nature que ce soit, dans un environnement standardisé. Elle prend en compte les signes (fatigabilité, lenteur...) pouvant aggraver les difficultés dès lors qu'ils évoluent au long cours. Cette cotation est faite en référence à une personne du même âge sans altération de fonction¹⁰⁵.

La cotation du niveau des difficultés pour l'éligibilité à l'élément aide humaine de la PCH revient à apprécier la capacité fonctionnelle en analysant la réalisation de l'acte par la personne seule hors assistance de quelque nature qu'elle soit (aide humaine et/ou aide technique et/ou aménagement du logement et/ou aide animalière), dans un environnement standardisé.

Il existe une différence entre l'éligibilité générale et celle pour l'élément aide humaine. Il faut dans les deux cas apprécier la capacité fonctionnelle de la personne, c'est-à-dire sa capacité sans aide de quelque nature que ce soit, mais :

- pour l'éligibilité générale à la prestation, il faut se référer aux définitions des activités (voir l'annexe 6 du présent document) ;
- pour l'éligibilité à l'aide humaine, il faut se référer aux définitions des actes pouvant être pris en compte au titre de cet élément de la prestation (voir le chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF).

Chaque activité ou acte doit être coté indépendamment des autres activités ou actes du même domaine ou non. La cotation doit également être réalisée indépendamment des altérations de fonction que présente la personne.

Il convient de considérer l'importance des troubles mentaux, cognitifs ou psychiques pouvant avoir un impact sur la réalisation de n'importe quelle activité ou acte : dès lors qu'une stimulation même minime est nécessaire, il faut définir de quelle façon l'activité ou l'acte serait réalisé en l'absence de toute stimulation.

On peut ainsi dans ces situations observer des difficultés non seulement dans le domaine des « tâches et exigences générales – relations avec autrui », mais également dans ceux de « l'entretien personnel », de la « mobilité » ou de la « communication ».

¹⁰⁵ Section 2 du chapitre 1 de l'annexe 2-5 du CASF.

Les traitements médicamenteux ne doivent pas être considérés comme une aide, mais comme étant « partie intégrante » de la personne, dès lors qu'elle les prend. Leurs effets secondaires, qui peuvent eux-mêmes être la source de limitations d'activités ou de restrictions de participations, doivent également être pris en compte. Ainsi, la personne doit être considérée dans son état le plus habituel au regard de leur prise :

- si l'observance est bonne, que le traitement soit ou non correctement toléré, la cotation prend en compte le résultat final avec traitement ;
- si l'observance est mauvaise ou les effets secondaires gênants avec arrêts fréquents et que la personne est de ce fait le plus souvent sans traitement, la cotation prend en compte le résultat final sans traitement.

Il ne faut pas uniquement apprécier la capacité physique de la personne à réaliser l'activité concernée, mais prendre en compte également sa capacité mentale, cognitive ou psychique à initier cette activité et à la mener à terme aussi bien totalement, correctement que de façon suffisamment fréquente¹⁰⁶.

La notion de « faire seul » signifie aussi prendre l'initiative de faire, faire spontanément, de soi-même, en plus d'avoir la capacité physique de réaliser l'activité.

Dès lors que la personne n'est pas en capacité d'initier seule l'activité ou l'acte concerné et qu'en absence de stimulation l'activité ou l'acte n'est pas réalisé, la difficulté est considérée comme absolue.

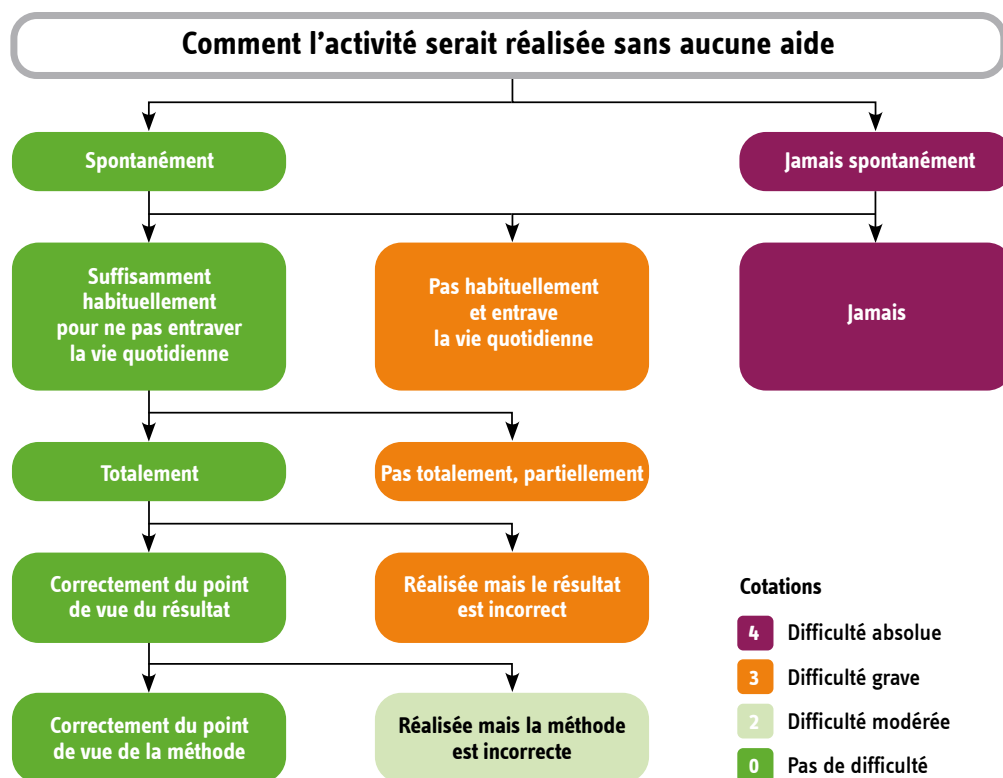
Pour apprécier l'éligibilité générale à la PCH, afin de faciliter la cotation, il est souhaitable de s'appuyer sur l'utilisation d'adverbes dans un ordre donné pour aider à caractériser la réalisation des activités. Pour l'éligibilité à l'élément aide humaine de la PCH comme pour la cotation de la difficulté à réaliser les activités, il est souhaitable de s'appuyer également sur l'utilisation d'adverbes dans un ordre donné afin d'aider à caractériser la réalisation des actes. Il faut ainsi s'interroger sur la capacité de la personne à effectuer l'activité ou l'acte¹⁰⁷ :

- **spontanément** : la personne peut entreprendre l'activité de sa propre initiative, sans stimulation de la part d'un tiers, sans rappel par une personne ou un instrument de l'opportunité de faire l'activité (« qui se produit de soi-même, sans intervention extérieure ») ;
- **habituellement** : la personne peut réaliser l'activité presque à chaque fois qu'elle en a l'intention ou le besoin, quasiment sans variabilité dans le temps liée à l'état de santé ou aux circonstances non exceptionnelles et quel que soit le lieu où la personne se trouve (« de façon presque constante, généralement ») : le guide pour l'éligibilité à la PCH indique, pour la majorité des activités, la fréquence de non-réalisation entravant les activités de la vie courante ;
- **totalement** : la personne peut réaliser l'ensemble des composantes incluses dans l'activité concernée (« entièrement, tout à fait ») ;
- **correctement** : la personne peut réaliser l'activité avec un résultat qui respecte les règles courantes de la société dans laquelle elle vit, en respectant les procédures appropriées de réalisation de l'activité considérée, dans des temps de réalisation acceptables, sans inconfort ou douleur et sans efforts disproportionnés (« de façon correcte, exacte et convenable, qui respecte les règles, les convenances et le bon goût »).

L'adverbe « correctement » peut être apprécié du point de vue de la méthode (respect des procédures, temps de réalisation, confort, absence de douleur) ou du point de vue du résultat (acceptable en fonction des règles sociales). Pour la cotation des difficultés dans le cadre du référentiel PCH, c'est un résultat altéré de la réalisation de l'activité ou de l'acte qui définit la difficulté grave (cotation en niveau 3) ; une activité ou un acte réalisé avec un résultat correct, mais une méthode adaptée par la personne elle-même entraînera une difficulté modérée (cotation en niveau 2).

106 CNSA. *Guide pour l'éligibilité à la PCH - Appui à la cotation des capacités fonctionnelles*, juin 2011.

107 Voir CNSA. *L'éligibilité à la PCH - Ce qu'il faut savoir sur la cotation des capacités fonctionnelles*, octobre 2013, « Les Cahiers pédagogiques de la CNSA ».



Utilisation des adverbes comme aide à la cotation des capacités déterminant l'éligibilité à la PCH. Source CNSA.

Pour les situations de handicap psychique, il faut examiner la capacité de la personne à faire spontanément l'activité ou l'acte concerné :

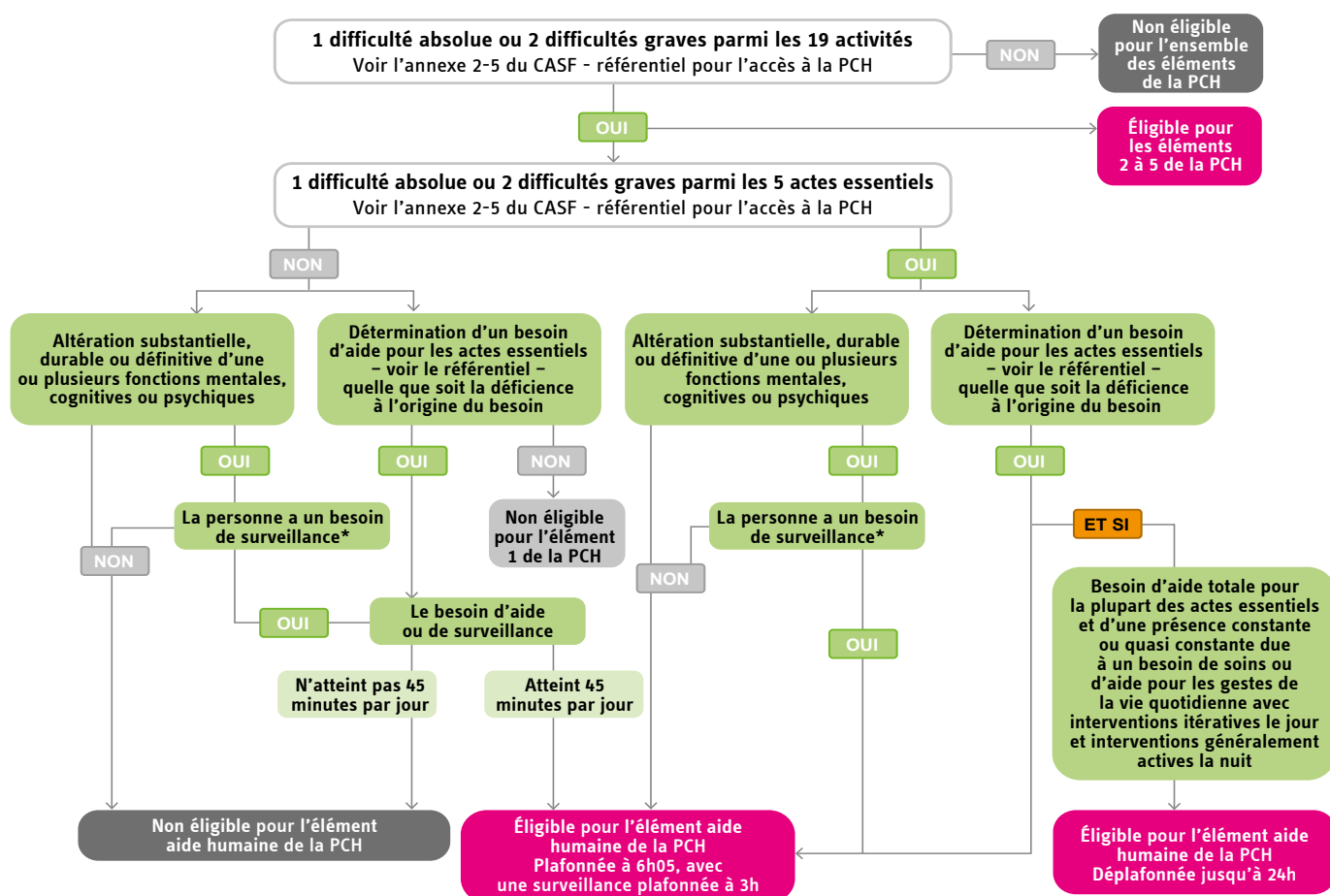
- si l'activité ou l'acte n'est pas spontanément initié sans aide, si la personne doit toujours être stimulée ou incitée pour la réalisation, **la difficulté est absolue** ;
- si l'activité ou l'acte peut être spontanément initié, mais que cela n'est pas suffisamment fréquent et qu'il existe de ce fait une entrave dans la vie quotidienne ou si sa réalisation nécessite une présence humaine (y compris stimulation ou surveillance) afin de finaliser l'activité/l'acte et d'assurer un résultat satisfaisant, **la difficulté est grave**.

Du fait de l'hétérogénéité des capacités entre les personnes et chez une même personne, y compris au sein des mêmes groupes de fonctions, les évaluations doivent être strictement individualisées.

En complément de ces critères, il existe également des critères de résidence (résidence stable et régulière sur le sol français) et d'âge. L'âge limite pour demander la PCH est fixé à soixante ans, avec toutefois des dérogations¹⁰⁸. Les personnes de moins de vingt ans peuvent bénéficier de la PCH si trois conditions sont réunies (à l'exception des situations où il est possible d'accéder uniquement à l'élément 3 de la PCH pour les bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) répondant aux critères d'éligibilité à la PCH) :

- être bénéficiaire de l'AEEH ;
- ouvrir droit à un complément de l'AEEH ;
- être éligible à la PCH et, le cas échéant, à son volet aide humaine.

Logigramme pour l'éligibilité à la PCH



* voir l'annexe 2-5 du CASF ch II section 2 - référentiel pour l'accès à la PCH

Source : CNSA. Accès à l'aide humaine : élément 1 de la prestation de compensation du handicap. Guide d'appui aux pratiques des MDPH, 2017.

¹⁰⁸ En application des articles L. 245-1-II et D. 245-3 du CASF, des conditions administratives particulières permettent d'envisager à titre dérogatoire un premier accès à la PCH au-delà de cette limite d'âge de soixante ans dans certaines situations.

La vérification du respect des critères réglementaires de chaque élément

La PCH comporte cinq éléments distincts et cumulables :

- les aides humaines ;
- les aides techniques ;
- les aides liées à l'aménagement du logement, du véhicule et/ou surcoût lié au transport ;
- les charges spécifiques et/ou exceptionnelles ;
- les aides animalières.

La PCH est une prestation unique et indivisible. Toute demande d'un élément correspond de ce fait à une demande globale pour tous les autres éléments de cette prestation. Cela peut ainsi conduire à ouvrir des droits pour d'autres éléments si les conditions d'éligibilité sont remplies en ne se limitant pas seulement à déterminer si l'élément demandé peut ou non être attribué. De la même façon, toute demande de réexamen conduit à réexaminer les droits en cours pour les autres éléments.

Il n'existe pas de spécificités légales liées aux situations de handicap psychique pour l'application de la réglementation et des tarifs de ces éléments. Les principes de base doivent être appliqués comme dans toute autre situation de handicap afin que les besoins de la personne handicapée psychique soient bien pris en compte.

2.2 Les aides humaines¹⁰⁹

Les domaines pour lesquels des aides peuvent être mises en place

Cet élément permet de prendre en compte les besoins d'aide humaine pour un nombre donné d'actes dans trois domaines (l'annexe 2-5 du CASF précise les définitions des actes finançables, auxquelles il est nécessaire de se référer) :

- les actes essentiels ;
- la surveillance régulière ;
- les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective.

Les actes essentiels

Les actes pouvant être pris en compte à ce titre recouvrent¹¹⁰ :

- l'entretien personnel comprenant la toilette, l'habillement, l'alimentation et l'élimination ;
- les déplacements comprenant les déplacements dans le logement et les déplacements à l'extérieur pour des démarches liées au handicap de la personne et nécessitant une présence personnelle ;
- la participation à la vie sociale correspondant aux besoins d'aide pour se déplacer à l'extérieur et pour communiquer afin d'accéder notamment aux loisirs, à la culture, à la vie associative...

¹⁰⁹ Se référer au guide spécifiquement conçu pour éclairer l'éligibilité à cet élément de la PCH : CNSA. *Accès à l'aide humaine : élément 1 de la prestation de compensation du handicap. Guide d'appui aux pratiques des MDPH*, 2017.

¹¹⁰ Pour les personnes de moins de vingt ans soumises à l'obligation scolaire, il est également possible de financer des temps d'intervention en lien avec des besoins éducatifs pendant la période nécessaire à la mise en œuvre d'une décision d'orientation à temps plein ou à temps partiel vers un établissement médico-social.

Pour la réalisation de ces actes ou d'une de leurs composantes, les interventions visant à apporter une aide à la personne peuvent revêtir des modalités différentes :

- suppléance complète lorsque l'aidant fait entièrement l'acte à la place de la personne ;
- suppléance partielle lorsque l'aidant fait certains des gestes de l'acte à la place de la personne qui en exécute elle-même d'autres parties ;
- aide à l'accomplissement de gestes nécessaires à la réalisation de l'acte lorsque la personne exécute l'acte elle-même, mais qu'une tierce personne l'aide à exécuter certains des gestes ;
- accompagnement lorsque la personne a les capacités physiques de réaliser l'acte, mais qu'elle ne peut pas le réaliser seule du fait de difficultés mentales, psychiques ou cognitives. Cette modalité d'aide peut correspondre à : guider la personne, la stimuler, l'inciter, l'accompagner dans l'apprentissage de l'activité, la superviser.

Dans les situations de handicap psychique, l'aide nécessaire peut ainsi consister uniquement en un accompagnement à la réalisation des actes essentiels. Cette nécessité d'une intervention humaine indispensable à la réalisation de l'acte doit être prise en compte et appréciée à son juste niveau :

- sans cette aide, l'acte serait-il réalisé ?
- sans cette aide, la réalisation serait-elle satisfaisante ?

Toutefois, dans les situations de handicap psychique (en fonction des situations), l'aide apportée ne consiste ni obligatoirement ni uniquement en un accompagnement. Les conséquences des pathologies associées ou des effets secondaires thérapeutiques, entre autres, peuvent nécessiter la mise en place d'autres modalités d'aides (suppléance, aide à l'accomplissement), seules ou conjointement à l'accompagnement.

Le repérage de ces besoins d'accompagnement est parfois difficile tant les aidants (notamment familiaux) accomplissent cette aide de manière implicite : la personne sachant réaliser physiquement elle-même ces actes, mais n'en ayant pas l'initiative est alors considérée à tort comme complètement autonome. **Ces temps d'intervention permettant à la personne de réaliser l'acte alors qu'elle n'en aurait pas la capacité seule peuvent pourtant être supérieurs au temps d'une suppléance physique, partielle ou totale. Ils doivent être pris en compte, car sans cet accompagnement, les actes ne seraient pas réalisés ou alors pas totalement, habituellement, correctement ou spontanément.**

La surveillance régulière

La notion de surveillance s'entend au sens de veiller sur une personne handicapée afin d'éviter qu'elle ne s'expose à un danger menaçant son intégrité ou sa sécurité¹¹¹. Les interventions visant à assurer cette surveillance peuvent être prises en charge au titre de la PCH pour deux catégories de personnes :

- les personnes qui s'exposent à un danger du fait d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques ;
- les personnes qui nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne (ces situations sont exceptionnelles chez les personnes en situation de handicap psychique, mais peuvent se retrouver en cas de déficiences associées).

¹¹¹ Section 2 du chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF.

Dès lors que les besoins de surveillance sont durables ou surviennent fréquemment, ils peuvent être pris en charge au titre de la PCH pour les personnes qui s'exposent à un danger du fait d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques¹¹². Dans ces situations, le besoin de surveillance s'apprécie au regard des conséquences des troubles du comportement ou de l'absence de raisonnement et de réactions adaptées face aux situations de danger sur la sécurité ou l'intégrité de la personne. **Il est ainsi nécessaire de se référer aux conséquences que ces altérations de fonctions ont sur les activités suivantes :**

- s'orienter dans le temps ;
- s'orienter dans l'espace ;
- gérer sa sécurité ;
- maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui ;
- utiliser des appareils et techniques de communication.

Afin d'apprécier la totalité du besoin de surveillance, l'annexe 2-5 du CASF précise que des limitations de la capacité à faire face à un stress, à une crise, à des imprévus **ou à d'autres troubles comportementaux, en particulier ceux résultant de troubles neuropsychologiques**, peuvent être prises en compte de manière complémentaire pour les personnes ayant un besoin de surveillance du fait de l'impact des altérations de ces fonctions supérieures sur les activités évoquées ci-dessus. Ce besoin de surveillance peut aller de la nécessité d'une présence sans intervention active jusqu'à une présence active en raison de troubles importants du comportement¹¹³. Cette surveillance peut être réalisée aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du logement.

Pour les personnes en situation de handicap psychique, ce besoin de surveillance peut donc découler des conséquences des troubles psychiques, mais aussi de celles des troubles cognitifs associés.

Le temps de surveillance nécessaire est apprécié en fonction des besoins réels de la personne avant de déterminer le temps finançable en référence à l'annexe 2-5 du CASF qui précise les plafonds des temps attribuables pour chaque acte. Le temps maximum attribuable au titre de la surveillance est de trois heures par jour pour les personnes ayant une atteinte d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques, quel que soit le lieu où cette surveillance est réalisée.

Les heures de PCH aide humaine, accordées au titre de la surveillance régulière, ne couvrent pas tous les besoins tant qualitativement que quantitativement. En effet, les altérations de ces fonctions peuvent appeler des réponses variées en termes de présence humaine et d'accompagnement au-delà de la seule surveillance. Il peut s'agir par exemple d'une prise en charge thérapeutique, d'un accompagnement par un service ou un établissement médico-social ou d'un groupe d'entraide mutuelle pour personnes présentant des troubles psychiques. L'appréciation des besoins de surveillance au titre de la prestation de compensation sera faite au regard des différents accompagnements apportés par ailleurs.

Le plafond prévu pour la surveillance régulière est de trois heures alors que le besoin de surveillance peut aller jusqu'à 24 h/24 dans les cas les plus graves. C'est le cas par exemple des situations de troubles graves du comportement dans lesquelles l'aidant ne peut s'absenter, même pour une durée très courte, sans que la personne se mette en danger. Ainsi, la PCH aide humaine ne peut pas pour ce type de situation être la seule mesure de compensation mise en œuvre dans le plan personnalisé de compensation. Elle devra être combinée avec d'autres mesures de compensation sanitaires ou médico-sociales selon les besoins de la personne, qui seront mentionnées dans le plan personnalisé de compensation.

¹¹² Il est aussi possible de financer de tels temps pour des situations individuelles nécessitant à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne. Toutefois, les personnes en situation de handicap psychique n'ayant pas d'autres atteintes (ni motrices ni intellectuelles ni sensorielles) sont très rarement concernées par ce type de besoin. Le cas échéant, si une situation de handicap psychique répond à ces critères, la réglementation s'applique comme dans les autres situations avec un plafond pour aller jusqu'à vingt-quatre heures.

¹¹³ Annexe 2-5 du CASF, chapitre II, section II.

Les personnes ayant un besoin de surveillance peuvent également avoir un besoin d'aide pour les actes essentiels. Il est nécessaire de prendre en compte en complément, quelle que soit la modalité de l'aide, les besoins de la personne pour ces actes. Il est important de ne pas oublier les situations des personnes ayant la capacité « physique » de réaliser tout ou partie des actes essentiels, mais qui ne les réalisent pas ou pas complètement ou pas totalement ou pas habituellement sans le soutien d'un tiers. Cette aide ne constitue pas de la surveillance dans le cadre du référentiel PCH, mais doit être prise en compte au titre des aides pour les actes essentiels. Ces temps au titre de l'aide pour les actes essentiels se cumulent avec celui accordé au titre de la surveillance dans la limite du plafond réglementaire pour les actes essentiels, soit six heures cinq minutes par jour.

La CDAPH peut à titre exceptionnel prendre la décision d'attribuer un temps d'aide au-delà de ce temps plafond de trois heures ou de six heures cinq minutes par jour (CASF, annexe 2-5, chap. 2, sec. 4).

Les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective¹¹⁴ : Le périmètre de ces interventions n'est pas précisément défini dans l'annexe 2-5 du CASF. Néanmoins, l'article R. 245-6 du CASF indique qu'il s'agit des frais liés aux aides humaines directement apportées à la personne à l'exclusion des frais liés à l'accompagnement de celle-ci sur son poste de travail. Il précise aussi les notions d'activité professionnelle et de fonction élective :

- sont assimilés à une activité professionnelle : les stages et formations rémunérés visant à favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées ainsi que les démarches effectuées pour la recherche d'emploi par une personne inscrite à Pôle Emploi ou par une personne prise en charge par un organisme de placement spécialisé ;
- les fonctions électives sont celles prévues au code électoral et celles d'élu du Parlement européen, ainsi que, par assimilation, les fonctions exercées dans les instances consultatives et organismes où siègent de droit des représentants des associations ou organismes regroupant des personnes handicapées ou leurs familles.

Sont exclues les interventions :

- liées à l'accomplissement des actes essentiels sur le lieu de travail ;
- en lien direct avec le poste de travail.

¹¹⁴ Section 3 du chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF.

La détermination des temps d'aide

Le chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF précise les modalités de détermination des temps d'aide nécessaire¹¹⁵. Ces temps doivent être déterminés de façon personnalisée, sur une base quotidienne, en fonction de la fréquence et de la durée de chaque intervention tout en tenant compte des facteurs pouvant aggraver ou au contraire faciliter la réalisation de l'acte concerné. Ces facteurs pouvant avoir un impact sur les temps d'aide sont variés, et il n'est pas possible d'en faire une liste exhaustive. Il peut s'agir de facteurs en rapport avec les caractéristiques propres de la personne en situation de handicap (liés aux troubles eux-mêmes ou aux effets secondaires des prises en charge thérapeutiques) ou avec son environnement :

- des symptômes tels que des douleurs, des mouvements anormaux, une obésité... tout autant que certains troubles du comportement, des difficultés de compréhension ou de communication, une lenteur... peuvent avoir un impact et rendre plus difficiles les interventions des aidants pour la réalisation de tout ou partie des actes essentiels ;
- un logement adapté ou, au contraire, un logement inadapté, de même que le recours à certaines aides techniques, notamment lorsqu'elles ont été préconisées pour faciliter l'intervention des aidants, peuvent avoir un impact sur le temps de réalisation des activités.

En fonction des caractéristiques de la situation, le temps d'aide devant être considéré comme nécessaire pour un acte peut être supérieur au cumul des temps des différentes interventions de l'aidant pour cet acte. Ceci permet de tenir compte du temps où cet aidant est effectivement mobilisé pour la réalisation de l'acte concerné dès lors qu'il ne réalise pas pendant ce temps d'autres gestes relevant d'actes :

- pouvant bénéficier d'une prise en charge au titre de l'élément aide humaine de la PCH (puisque ces temps devront alors être pris en compte dans la détermination du temps nécessaire pour cet autre acte) ;
- ne pouvant pas bénéficier d'une prise en charge au titre de l'élément aide humaine de la PCH.

Il n'est pas possible de systématiser les durées des interventions et leurs fréquences de réalisation, puisque celles-ci peuvent varier selon les actes, en fonction des caractéristiques propres de la personne et de son environnement. Ces facteurs personnels ou environnementaux peuvent être facilitateurs ou aggravants.

Des temps plafonds réglementaires ont été fixés pour les différents actes¹¹⁶. Ils correspondent aux limites dans lesquelles des majorations des temps ordinaires pour la réalisation des actes peuvent être prises en compte dès lors que les interventions de l'aidant sont rendues plus difficiles ou sont largement entravées par la présence au long cours de facteurs aggravants. Cette limite s'applique pour chaque acte, sauf situation exceptionnelle où un déplafonnement peut être décidé par la CDAPH¹¹⁷.

¹¹⁵ « Pour déterminer de façon personnalisée le temps d'aide à attribuer, il convient de prendre en compte la fréquence quotidienne des interventions ainsi que la nature de l'aide, sans préjudice des facteurs communs mentionnés au 3 de la section 1. Le temps d'aide est quantifié sur une base quotidienne. Toutefois, lorsque la fréquence de réalisation de l'activité n'est pas quotidienne ou lorsque des facteurs liés au handicap ou au projet de vie de la personne sont susceptibles d'entraîner, dans le temps, des variations de l'intensité du besoin d'aide, il convient de procéder à un calcul permettant de ramener ce temps à une moyenne quotidienne. **La durée et la fréquence de réalisation des activités concernées sont appréciées en tenant compte des facteurs qui peuvent faciliter ou au contraire rendre plus difficile la réalisation, par un aidant, des activités pour lesquelles une aide humaine est nécessaire.** L'équipe pluridisciplinaire est tenue d'élaborer le plan personnalisé de compensation en apportant toutes les précisions nécessaires qui justifient la durée retenue, notamment en détaillant les facteurs qui facilitent ou au contraire compliquent la réalisation de l'activité concernée. »

¹¹⁶ Chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF.

¹¹⁷ Point 1 de la section 4 du chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF.

Il ne faut pas confondre les temps d'aide nécessaire et les temps d'aide pouvant être financés au titre de l'élément aide humaine de la PCH :

- les temps d'aide nécessaire correspondent aux besoins réels de la personne. Ces besoins sont déterminés à partir des difficultés repérées dans les conditions habituelles de vie de la personne (à partir de la réalisation effective) en tenant compte de son projet de vie. Ils peuvent concerner des actes pouvant ou non être pris en compte au titre de l'élément 1 de la PCH (par exemple, il est possible de déterminer un besoin d'aide pour les tâches ménagères alors que la PCH ne permet pas d'en assurer le financement). Ces besoins sont de plus déterminés sans tenir compte des plafonds réglementairement fixés¹¹⁸ pour chaque acte pouvant relever d'une prise en charge au titre de l'élément aide humaine de la PCH ;
- les temps finançables au titre de l'élément 1 de la PCH correspondent à ceux pouvant être retenus pour les différents besoins d'aide humaine identifiés en application des données du chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF. Ce référentiel précise les types d'actes pouvant bénéficier d'une prise en charge financière ainsi que les temps maximums attribuables pour chacun de ces actes.

L'équipe pluridisciplinaire est tenue d'élaborer une proposition de plan d'aide humaine respectant les temps plafonds définis par le référentiel 2-5. Par ailleurs, elle exposera à la CDAPH la situation dans sa globalité, y compris les besoins d'aide humaine qui resteraient non couverts avec une mise en œuvre de la PCH respectant les temps plafonds. Sur ces éléments, la CDAPH a la possibilité de déplaçonner chacun de ces temps plafonds, mais uniquement pour des situations exceptionnelles (voir le 1. de la section 4 du chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF). Afin que la CDAPH puisse décider et motiver un éventuel déplaçonnement, ces situations doivent faire l'objet d'une évaluation détaillée et d'un argumentaire sur le besoin de déplaçonnement.

Les aides humaines sont attribuées au titre de l'élément aide humaine de la PCH dans la limite des actes finançables et des temps attribuables si elles répondent à des besoins en lien avec les limitations d'activités ou les restrictions de participation découlant des altérations de fonction.

À noter : les besoins d'appui pour l'accès aux soins, la préparation des repas, les activités domestiques comme le ménage ou les courses ne sont pas pris en compte au titre de l'élément aide humaine de la PCH.

2.3 Les aides techniques

Les aides techniques peuvent être prises en charge financièrement si elles répondent à des besoins en lien avec les limitations d'activités ou les restrictions de participation découlant des altérations de fonction. Pour être prises en compte, l'annexe 2-5 du CASF¹¹⁹ précise que les aides techniques doivent contribuer à :

- maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne pour une ou plusieurs activités ;
- assurer la sécurité de la personne handicapée ;
- mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne handicapée.

¹¹⁸ Chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF.

¹¹⁹ Chapitre 2 de l'annexe 2-5 du CASF.

Il y est de plus indiqué qu'elles doivent être d'usage fréquent ou régulier, appropriées aux besoins de la personne et que cette dernière doit être capable d'utiliser la plupart des fonctionnalités de l'aide technique. Il faut donc connaître les caractéristiques du matériel préconisé, l'usage prévu et la compensation attendue. Le guide d'appui¹²⁰ aux pratiques, relatif à la PCH aides techniques, propose une méthodologie destinée à faciliter la détermination des modalités de tarification des aides techniques et donc du montant PCH attribuable pour les aides techniques.

Il existe peu d'aides techniques répondant aux besoins des personnes en situation de handicap psychique. Par ailleurs, les équipements d'utilisation courante ne sont pris en charge par la PCH aide technique que s'ils apportent une facilité d'usage.

2.4 Les aides liées à l'aménagement du logement

L'annexe 2-5 du CASF¹²¹ précise les objectifs de ces aménagements, leurs types et caractéristiques, les parties du logement pouvant en bénéficier, les frais pouvant être pris en compte ainsi que, le cas échéant, les modalités de prise en compte des frais de déménagement si l'aménagement du logement ne peut pas être réalisé. Le logement concerné est le domicile principal de la personne ou celui de la personne l'hébergeant¹²². Dans le cas d'une personne hébergée en établissement social ou médico-social ou hospitalisée, l'aménagement du domicile où elle se rend lorsqu'elle quitte cette structure d'accueil est possible dès lors qu'elle y séjourne plus de trente jours par an.

En application de la réglementation, il n'est pas possible de financer tous les aménagements pouvant éventuellement être demandés. Il est possible de prendre en compte entre autres les aménagements permettant de garantir la sécurité, l'isolation phonique d'une pièce ou la mise en place de vitrages renforcés. Il est utile pour plus de précisions de se référer au guide d'aide à la décision pour l'attribution et le calcul de la PCH logement¹²³.

2.5 Les aides liées à l'aménagement de véhicule et/ou aux surcoûts liés aux transports

Les surcoûts liés aux transports peuvent être de plusieurs ordres. Il peut s'agir par exemple de :

- frais supplémentaires entraînés par le recours à un transport adapté ou à un taxi lorsque le trajet, du fait du handicap, ne peut être effectué par les transports en commun ;
- frais supplémentaires lorsque la personne doit être accompagnée par un tiers ;
- frais supplémentaires liés au coût des trajets aller-retour d'une distance supérieure à cinquante kilomètres, quel que soit le mode de transport, nécessaires pour effectuer des démarches liées au handicap, fréquenter un ESMS ou se rendre sur son lieu de travail. Dans le cas d'un ESAT, cela peut concerner la partie de trajet hors circuit de ramassage.

¹²⁰ CNSA. *Accès aux aides techniques : élément 2 de la prestation de compensation du handicap. Guide d'appui aux pratiques des MDPH*, mars 2017.

¹²¹ Chapitre 4 de l'annexe 2-5 du CASF.

¹²² Article D. 245-16 du CASF.

¹²³ CNSA. *Attribution et calcul de la PCH logement. Guide d'aide à la décision*, janvier 2010.

2.6 Les charges spécifiques ou exceptionnelles

Elles peuvent être de natures très diverses et inclure, le cas échéant, des soins non ou incomplètement pris en charge par l'assurance maladie lorsqu'ils sont directement en lien avec le handicap et qu'ils correspondent à une prise en charge scientifiquement validée¹²⁴. Cet élément est attribuable si :

- un lien avec la situation de handicap est constaté ;
- il existe de plus une différence en termes de frais avec une autre personne du même âge sans altération de fonction.

2.7 Les aides animalières

Cet élément concerne les aides animalières concourant à maintenir ou à améliorer l'autonomie de la personne handicapée dans la vie quotidienne, qu'il s'agisse de chiens d'assistance ou de chiens guide d'aveugles dès lors qu'ils proviennent d'un centre d'éducation labellisé. Les actions attendues des chiens d'assistance ne portent pas sur la socialisation.

En application de la réglementation en vigueur, dans la très grande majorité des situations¹²⁵, cet élément ne peut pas être attribué pour la prise en compte des frais liés à la présence d'un chien auprès d'une personne en situation de handicap psychique.

2.8 La mise en commun de la PCH

Les textes législatifs ou réglementaires actuels relatifs à la PCH n'interdisent pas la mise en commun de la PCH. Celle-ci peut donc être envisagée comme une modalité de réponse pour permettre l'accès et le maintien dans un logement et favoriser une vie autonome en milieu ordinaire. Des personnes handicapées peuvent ainsi choisir de mettre en commun des aides humaines (actes essentiels, dont la participation à la vie sociale, surveillance).

Choisie et décidée par le bénéficiaire de la prestation ou son représentant légal, la mise en commun de l'élément 1 « aide humaine » correspond à la mise en commun du financement d'un nombre prédéterminé d'heures d'aide humaine. Il s'agit d'une co-utilisation d'un certain nombre d'heures financées par la PCH. Son objectif est de contribuer à la solvabilisation de l'intervention en continu d'un service d'aide à domicile afin de bénéficier d'un service dont chaque personne n'aurait pu bénéficier seule¹²⁶.

Néanmoins, sa mise en œuvre peut s'avérer difficile et selon des modalités très variables. Toutefois, lors du comité interministériel du handicap (CIH) de décembre 2016, des engagements ont été pris afin d'aboutir à une application harmonisée sur l'ensemble du territoire des pratiques de mise en commun de la PCH¹²⁷.

124 Question II.5-C), *Vademecum* prestation de compensation, DGAS, mars 2007 : « Peuvent être pris en compte au titre des aides exceptionnelles... Les soins non pris en charge par l'assurance maladie lorsqu'ils sont directement en lien avec le handicap, qu'ils correspondent à une prise en charge validée dans l'indication retenue et que l'équipe pluridisciplinaire les a mentionnés dans le plan personnalisé de compensation. L'inscription de ces préconisations dans le plan personnalisé de compensation de prises en charges thérapeutiques, doit se faire en lien avec l'équipe médicale qui prend en charge la personne handicapée. L'équipe pluridisciplinaire peut aussi, en tant que de besoins ou à la demande de la personne handicapée, solliciter le concours d'un centre désigné en qualité de centre de référence pour maladie rare. - Les soins peu ou mal pris en charge par l'assurance maladie peuvent dans les mêmes conditions être pris en compte dès lors qu'ils sont en lien direct avec le handicap. »

125 La présence d'un chien guide ou d'assistance peut être envisagée pour répondre aux conséquences de déficiences associées.

126 La mise en commun est à différencier de la mutualisation qui fait plutôt référence à un objectif de rationalisation des moyens déployés par les services intervenant à domicile.

127 À cette fin, une fiche DGCS paraîtra sur ce sujet de la mise en commun de la PCH dans le cadre de projets d'habitat inclusif au cours du premier semestre 2017.

Par ailleurs, si la mise en commun de la PCH est possible pour toute situation de vie à domicile en milieu de vie ordinaire, cette modalité est plutôt mise en œuvre dans le cadre de l'accès et du maintien dans un logement inscrit dans un dispositif d'habitats dits par exemple inclusifs, c'est-à-dire regroupés¹²⁸, partagés¹²⁹... Depuis plusieurs années, ces formules se développent pour proposer aux personnes qui le souhaitent un lieu de vie en milieu ordinaire, à domicile. L'accompagnement dans un tel habitat peut s'appuyer sur un principe de mise en commun de la PCH.

Dans tous les cas, le recours à la mise en commun de la PCH doit être pensé dans le seul objectif de permettre à la personne en situation de handicap de mettre en œuvre son choix de lieu et de mode de vie. Par conséquent, cette modalité de mise en œuvre de la PCH doit être corrélée au projet individuel des personnes désirant ou non privilégier un tel mode de financement et d'organisation et ne doit donc pas leur être imposée.

3. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une prestation familiale versée par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) pour les personnes qui relèvent du régime agricole. L'AEEH est destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Elle est attribuée lorsque le taux d'incapacité permanente, déterminé en utilisant le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (annexe 2-4 du CASF) :

- est supérieur ou égal à 80 % ;
- est compris entre 50 et moins de 80 %, et que l'enfant fréquente un établissement ou un service médico-social, qu'il bénéficie d'un dispositif de scolarisation adapté lié au handicap (unité localisée pour l'inclusion scolaire – ULIS, auxiliaire de vie scolaire – AVS, section d'enseignement général et professionnel adapté – SEGPA – ou CNED sur orientation CDAPH, service d'assistance pédagogique à domicile – SAPAD) ou qu'il nécessite des soins et/ou des rééducations préconisés par la CDAPH (à mettre en place ou à maintenir).

Un des six compléments d'allocation est accordé lorsque les besoins de l'enfant liés au handicap ont nécessité le recrutement d'une tierce personne rémunérée, ont entraîné des répercussions sur l'activité professionnelle des parents (réduction, cessation, renoncement) ou ont entraîné/entraîneront des frais à la charge de la famille. Son montant varie suivant l'importance des dépenses supplémentaires engagées ou de la permanence de l'aide nécessaire.

L'analyse doit reposer sur **une comparaison avec un enfant/adolescent du même âge sans déficience**. Il est utile pour cela de se référer à l'arrêté du 24 avril 2002 relatif aux conditions d'attribution des six catégories de compléments de l'allocation d'éducation spéciale. Il est également possible de se référer à l'outil d'aide à la décision pour la prestation de compensation du handicap Enfant, réalisé par l'association AIR¹³⁰, avec le soutien de la CNSA. Cet outil fait état pour certaines activités des acquisitions attendues en fonction des tranches d'âges¹³¹.

¹²⁸ Logements regroupés au sein d'un ensemble immobilier plus vaste, dont l'occupant détient un bail classique et où l'organisation des services est essentiellement externalisée.

¹²⁹ Unités de vie ou appartements partagés fonctionnant sur la base d'une colocation et d'une mise en commun au moins partielle de l'aide et des dépenses reposant sur le partage d'un même espace de vie, même si chaque locataire dispose de son propre espace privatif.

¹³⁰ Association Information Recherche : cette association a pour objet de favoriser la relation d'aide, l'information et la recherche sur le handicap.

¹³¹ Disponible en ligne sur : <http://pchenfant.apps-airmes.eu>

Le besoin d'aide humaine est apprécié en temps supplémentaire devant être consacré à l'enfant du fait de son handicap. Il correspond aux contraintes imposées directement par les déficiences ou incapacités ou liées aux actions mises en œuvre pour réduire leurs conséquences futures ou pour prévenir la survenue d'autres déficiences ou incapacités. Il peut s'agir d'une aide directe aux actes de la vie quotidienne, d'un accompagnement lors de soins, de la mise en œuvre de soins, de mesures éducatives ou pédagogiques spécifiques, de surveillance.

Contrairement à la PCH, seules les interventions conduisant à une réduction, une cessation ou un renoncement d'activité professionnelle d'au moins un des parents ou à l'obligation d'embauche d'une tierce personne peuvent être prises en compte au titre des compléments de l'AEEH. Ce n'est donc pas la réalisation de l'activité qui est valorisée, mais sa répercussion sur l'activité des parents.

Les conditions d'attribution du sixième complément sont très spécifiques : elles nécessitent l'absence d'activité professionnelle d'un des parents (ou le recours à une tierce personne rémunérée pour un plein temps ou une conjugaison des deux équivalant à un temps plein de tierce personne) et le fait que **l'état de l'enfant impose des contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille** (en application des définitions données dans l'arrêté du 24 avril 2002 relatif aux conditions d'attribution des six catégories de complément de l'allocation d'éducation spéciale). Ce complément ne peut être attribué que lorsque ces conditions sont remplies, et il ne peut pas être attribué pour la prise en charge de frais trop importants.

Concernant les frais, les compléments peuvent permettre de prendre en compte des dépenses prévues ou déjà engagées. Ces frais peuvent être de natures très diverses, et il n'en existe pas de liste exhaustive : peuvent ainsi être pris en compte tous les frais en lien avec le handicap qui n'existeraient pas pour un enfant ou un adolescent du même âge. Il peut s'agir d'aides techniques ou d'aménagements du logement, de frais de formation de membres de la famille, de surcoûts liés aux vacances et aux loisirs, de frais médicaux ou paramédicaux non remboursés par l'assurance maladie, de surcoûts liés au transport, de frais vestimentaires ou de tous les autres types de frais en lien avec le handicap.

Il est nécessaire d'appliquer une même logique de raisonnement pour toutes les demandes d'AEEH, quel que soit le type de déficience, en posant les questions dans le même ordre. L'arbre décisionnel du *Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées* permet d'appliquer ce principe. De ce fait, lorsque le taux d'incapacité est inférieur à 50 %, en application des critères indiqués ci-dessus, l'AEEH ne peut pas être attribuée ; les frais ou répercussions professionnelles ne peuvent donc pas être pris en compte au titre d'un complément de l'AEEH. Pour l'attribution de l'AEEH, la première question à se poser est donc celle du taux d'incapacité avant de se questionner sur la présence de frais ou de répercussions professionnelles.

Il n'existe pas de spécificités légales liées aux situations de handicap psychique pour l'application de la réglementation de l'AEEH et de ses compléments. Les principes de base doivent s'appliquer comme ils s'appliquent à toute autre situation de handicap afin d'étudier une possible couverture des besoins de la personne par cette allocation et d'assurer ainsi une égalité de traitement.

4. La carte mobilité inclusion

Cette carte constitue une réponse pouvant être apportée dans le cadre du droit à compensation à différents besoins identifiés lors de l'évaluation. Elle permet de compenser certaines limitations d'activités ou restrictions de participation de leurs bénéficiaires, telles que les difficultés, **tant physiques que psychiques**, à rester en station debout, à patienter dans des files d'attente, à se déplacer à l'extérieur...

Instituée par la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique, la carte de mobilité inclusion (CMI) a vocation à remplacer les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement en conservant leurs avantages et leurs conditions d'attribution. Elle sera mise en place progressivement dans chaque département entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet 2017.

Trois mentions sont possibles sur la CMI : « invalidité », « priorité » et « stationnement ».

4.1 La carte mobilité inclusion mention invalidité

La CMI invalidité est délivrée à toute personne dont le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80 % ou qui a été classée en troisième catégorie de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale. Elle est délivrée pour une durée d'un à vingt ans ou à titre définitif.

L'attribution de cette carte à titre permanent est de plein droit pour les personnes dont le niveau de perte d'autonomie est évalué en GIR 1 ou en GIR 2 (selon la grille nationale AGGIR).

Cette carte permet à son titulaire et à la personne qui l'accompagne d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente, de bénéficier de réductions fiscales, d'un droit de priorité dans l'attribution des logements sociaux et d'avantages commerciaux.

Lors de toute demande de CMI invalidité, le droit à bénéficier des deux sous-mentions complémentaires sera étudié : besoin d'accompagnement et besoin d'accompagnement-cécité.

La sous-mention « besoin d'accompagnement » est attribuée aux personnes qui bénéficient d'une prestation au titre d'un besoin d'aide humaine :

- le troisième, quatrième, cinquième et sixième complément de l'AEEH ;
- l'élément aide humaine de la PCH (pour les adultes) ;
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ;
- la majoration pour avoir recours à l'assistance d'une tierce personne (MTP) au titre d'un régime de Sécurité sociale ;
- l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Quant à la sous-mention « besoin d'accompagnement-cécité », elle est attribuée aux personnes dont la vision centrale est inférieure ou égale à un vingtième de la normale.

4.2 La carte mobilité inclusion mention priorité

La CMI priorité est délivrée à toute personne atteinte d'une incapacité inférieure à 80 % et pour laquelle la station debout est considérée pénible. Elle est délivrée pour une durée d'un à vingt ans ou à titre définitif.

Cette carte permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente.

4.3 La carte mobilité inclusion mention stationnement

La CMI stationnement est destinée à toute personne atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou qui impose qu'elle soit accompagnée par une tierce personne dans ses déplacements. Elle est délivrée pour une durée d'un à vingt ans ou à titre définitif.

L'attribution de cette carte à titre permanent est de plein droit pour les personnes dont le niveau de perte d'autonomie est évalué en GIR 1 ou en GIR 2 (selon la grille nationale AGGIR).

Cette carte permet d'utiliser, dans les parcs de stationnement automobiles, les places réservées ou spécialement aménagées à cet effet et de bénéficier des dispositions qui peuvent être prises en faveur des personnes handicapées par les autorités compétentes en matière de circulation et de stationnement.

L'attribution de la CMI n'est pas systématique ni spécifique aux situations de handicap d'origine psychique, notamment du fait de l'hétérogénéité de ces situations. La carte (avec ses mentions) est délivrée selon les critères précédemment exposés et en fonction des besoins individuels préalablement identifiés suite à l'analyse des limitations d'activités et des restrictions de participation, tant physiques que psychiques.



Le guide-barème

Cette partie identifie les éléments principaux à retenir et à porter à la connaissance des partenaires des MDPH :

- l'existence de cet outil mis à la disposition des équipes des MDPH pour leurs missions d'étude des critères d'éligibilité à des prestations ;
- ce qu'il recouvre ;
- les données nécessaires pour que les équipes des MDPH puissent déterminer la fourchette de taux d'incapacité.



Cette partie n'a pas vocation à se substituer à la formation des équipes des MDPH sur l'utilisation et le contenu du guide-barème

La détermination des taux d'incapacité repose sur l'utilisation d'un outil d'éligibilité réglementaire : le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, mis en place par le décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 et modifié par le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007.

Dans un objectif d'égalité de traitement des situations et d'harmonisation des pratiques au sein des MDPH, il s'avère nécessaire de suivre la même logique de raisonnement pour chaque demande déposée. La première question doit être de savoir si la situation de la personne relève ou non du champ du handicap, en application de la définition posée par l'article L. 114 du CASF. **Toute demande ne doit pas conduire systématiquement à la détermination du taux d'incapacité, mais seulement lorsque ce taux est l'un des critères d'éligibilité réglementaires pour le droit ou la prestation sollicitée.** Si un tel taux doit être déterminé, il doit l'être sans tenir compte du type de demande déposée et de l'objectif de cette demande. L'arbre décisionnel du *Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées* permet d'appliquer ce principe.

En application des principes directeurs posés dans l'introduction du guide-barème, la détermination du taux d'incapacité s'effectue à partir de **l'analyse des altérations de fonctions (ou déficiences) de la personne concernée et de leurs conséquences dans les différents aspects de sa vie quotidienne** (scolaire, professionnelle, sociale, familiale) **et non sur la seule nature médicale de l'affection causale.** La durée prévisible des conséquences doit au moins être égale à un an pour déterminer un taux d'incapacité.

Ce guide n'est pas un barème au sens strict du terme, mais plutôt un guide méthodologique permettant à l'équipe pluridisciplinaire de déterminer des fourchettes de taux (inférieur à 50 %, entre 50 et moins de 80 %, supérieur ou égal à 80 %) en se référant aux taux seuils de 50 % et de 80 % réglementairement définis :

- **un taux de 50 %** correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne, soit concrètement repérée dans sa vie, soit compensée afin que cette vie sociale soit préservée, mais au prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une compensation spécifique. Toutefois, l'autonomie est conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne ;
- **un taux d'au moins 80 %** correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en œuvre une personne vis-à-vis d'elle-même dans la vie quotidienne. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement ou surveillée dans l'accomplissement de ces actions ou qu'elle ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80 % est atteint. C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction ou dans les situations où ce taux est imposé par le guide-barème. **Le besoin d'aide humaine pour la réalisation des actes essentiels justifie un taux d'incapacité d'au moins 80 % même s'il s'agit d'un besoin de stimulation du fait de l'absence de réalisation spontanée de l'activité.**

Les actes de la vie quotidienne, parfois qualifiés d'élémentaires ou d'essentiels, sont mentionnés dans les différents chapitres et portent notamment sur les activités suivantes :

- se comporter de façon logique et sensée ;
- se repérer dans le temps et les lieux ;
- assurer son hygiène corporelle ;
- s'habiller et se déshabiller de façon adaptée ;
- manger des aliments préparés ;
- assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;
- effectuer les mouvements (se lever, s'asseoir, se coucher) et les déplacements (au moins à l'intérieur d'un logement).

C'est donc le niveau des conséquences des déficiences constatées qui doit être pris en compte pour déterminer la fourchette de taux d'incapacité. Il est également nécessaire de tenir compte des diverses contraintes liées aux traitements (nombre et lieux des consultations, fréquence des hospitalisations, effets secondaires...) et des symptômes majorant ces conséquences (troubles de la motivation, de la concentration, de la mémoire, de la métacognition, asthénie, fatigabilité...).

L'approche doit être individualisée et globale, c'est-à-dire multidimensionnelle, pluridisciplinaire et faisant appel à la coopération partenariale. Le développement du travail en réseau avec les différents partenaires pouvant intervenir auprès des personnes handicapées dans le cadre d'une démarche GEVA-compatible doit permettre de favoriser la transmission, dès le dépôt des dossiers, des données pertinentes nécessaires pour déterminer la fourchette de taux d'incapacité.

Des travaux récents montrent que le certificat médical, fourni à l'appui de toute demande de compensation auprès de la MDPH, est souvent très insuffisant dans le champ du handicap psychique. Il est donc nécessaire de collaborer avec les partenaires médicaux afin de pouvoir faciliter et améliorer le remplissage de ce certificat médical. Il est également important de s'appuyer sur d'autres documents de lien avec l'entourage de la personne, qu'il soit familial/amical ou professionnel.

Les modalités de détermination de la fourchette de taux d'incapacité, indiquées dans l'introduction du guide-barème, s'appliquent dans ces situations. Dans le cadre d'une approche individualisée et globale, il faut repérer les différentes altérations de fonctions et apprécier leurs conséquences dans les différents aspects de la vie de la personne concernée (limitations d'activités et restrictions de participation à la vie en société). Il est également nécessaire de tenir compte des contraintes et des signes susceptibles d'entraîner ou de majorer les limitations d'activités et restrictions de participation.

Au sein du guide-barème, le chapitre II traite spécifiquement des déficiences du psychisme. Ce chapitre est divisé en deux sections : une section consacrée aux déficiences psychiques des enfants et des adolescents et une autre aux déficiences psychiques de l'adulte. Les trois fourchettes de taux sont globalement définies dans ce chapitre en référence à la fois à l'introduction du guide-barème et aux spécificités des troubles psychiques :

- un taux d'incapacité compris entre 20 et 45 % est attribué si la personne présente des troubles psychiatriques, mais compensés avec ou sans traitement chimiothérapique ou psychothérapique, qui permettent une vie familiale et professionnelle assumée seule ;
- lorsque l'affection psychiatrique nécessite un aménagement de la vie familiale et/ou de la vie professionnelle avec des sollicitations plus ou moins importantes de l'entourage, le taux attribué sera compris entre 50 et 75 % ;
- enfin, lorsque la personne ne peut vivre ou travailler en milieu ordinaire que grâce à une sollicitation importante de l'entourage ou qu'une faible et peu durable activité spontanée est constatée, le taux attribué sera compris entre 80 et 95 %.

La deuxième partie de ce chapitre décline les différents types d'altérations de fonctions qui peuvent être rencontrés :

- (1) Troubles de la volition (apragmatisme, négativisme, compulsions obsessionnelles, ambivalence, inhibition...).
- (2) Troubles de la pensée (idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, radotage, appauvrissement de la pensée, délire...).
- (3) Troubles de la perception (illusions, hallucinations, déréalisation...).
- (4) Troubles de la communication (logorrhée, préciosité, coq-à-l'âne, néologismes, écholalie, discordance, parasitisme, mimique, stéréotypies gestuelles, bégaiement, mutisme, repli autistique...).
- (5) Troubles du comportement (agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité...).
- (6) Troubles de l'humeur.
- (7) Troubles de la conscience et de la vigilance.
- (8) Troubles intellectuels.
- (9) Troubles de la vie émotionnelle et affective (anxiété, angoisse, doute, indifférence affective, discordance affective, instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective...).
- (10) Expression somatique des troubles psychiatriques.

Pour chaque catégorie de troubles, trois fourchettes de taux sont définies en référence aux conséquences habituellement constatées dans la vie quotidienne des personnes atteintes. Pour déterminer le taux d'incapacité, il est nécessaire de repérer les différentes fonctions altérées puis d'identifier le niveau de leurs répercussions afin de se référer à la fourchette de taux correspondante. Une fois les différentes fourchettes déterminées, ces dernières ne sont pas additionnées arithmétiquement. En application des principes de l'introduction du guide-barème, le taux est fixé dans le cadre d'une approche globale et individuelle en se référant aux taux seuils définis *supra*.

Si l'évaluation ne permet pas de répartir les conséquences observées entre les différentes altérations de fonctions repérées, il faut alors se référer aux données de la première partie de cette section du chapitre II du guide-barème et à celles de l'introduction de ce guide. Ceci permet d'effectuer directement une évaluation globale de la situation pour laquelle il est néanmoins nécessaire d'avoir connaissance du niveau précis de retentissement dans la vie de la personne.

Il est important de prendre en compte l'ensemble des répercussions dans la vie de la personne et de tenir également compte des contraintes suivantes :

- retentissement relationnel ;
- retentissement professionnel ;
- hospitalisation ;
- âge et ancienneté des troubles ;
- importance et tolérance du traitement : à cet égard, les problèmes d'observance doivent être considérés comme faisant partie intégrante de la situation de handicap ; une personne qui ne prend pas son traitement peut se trouver dans une situation de handicap plus importante que si elle le prenait, cela ne justifie pas de minorer son taux d'incapacité.

Annexes

Annexe 1 – Les membres des groupes de conception et de relecture

Les groupes, animés par Typhaine MAHÉ, Frédéric TALLIER (Direction de la compensation – CNSA) et Daphné BOREL, puis Fanny BOUAREK (Direction des établissements et services médico-sociaux – CNSA), étaient composés des usagers, des représentants d'associations et des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social suivants :

ARTHUR Maïté – Union nationale GEM France

BARRES Martine – DGCS (retraîtée)

BARROCHE Marie-Claude – Santé Mentale France

De BERNY Corinne – Association Schizo Oui, pour le Collectif Schizophrénies

BESANGER Patricia – Fondation John Bost

BOREL Daphné – CNSA

BOUAREK Fanny – CNSA

BRUN Thierry – Association Messidor

CAVROY Jean-Philippe – Clubhouse Paris

COTTREL Aurore – MDPH 80

DAVIDSON Jean-Claude – UNAFAM, pour le Collectif national inter-GEM (CNIGEM)

DELAROCHE Marie – Association Côté Cours/Santé Mentale France

DESCAMPS Céline – DGOS

DUBREUCQ Julien – Centre ressource de réhabilitation psycho-sociale et de remédiation cognitive (C3R de Grenoble) et RéHPSy

EHNINGER Marie – MDPH 33

ETHUIN Claude – ADVOCACY France

FINKELSTEIN Claude – FNAPSY

GAZZOLA Eve – CNSA

GERAUD Céline – MDPH 26

GILBERT Pascale – MDPH 77

GOUACHE Benjamin – Centre ressource de réhabilitation psycho-sociale et de remédiation cognitive (C3R de Grenoble) et RéHPSy

GRANGE Stéphane – Association Messidor

GUERARD Philippe – ADVOCACY France

GUYOT Sylvia – DGCS

HEMMERLING Nadège – MDPH 08

HINAULT Hélène – MDPH 35

LABBÉ Annie – UNION-APSY

LEGUAY Denis – CRéHPsy Angers

LEPLÈGE Alain – Université Paris Diderot/Unité de recherche santé mentale et handicap psychique (URSM-HP) de l'EPSVE

L'HUILLIER Graziella – MDPH 54

MAHÉ Typhaine – CNSA

MARIN Laurence – CNSA

MARSEAULT Anne – MDPH 78

MIELE Bernard – ADVOCACY France

PASSERIEUX Christine – Centre hospitalier de Versailles/Centre de preuves

PEINTRE Carole – ANCREAI

PROUTEAU Antoinette – Université de Bordeaux/Centre hospitalier de Jonzac

ROSSO Anne – Réseau psychiatrie santé mentale dans les Yvelines (RPSM 78)

STAEDEL Bérénice – EPSM CCOMS Lille

TALLIER Frédéric – CNSA

TOUROUDE Roselyne – UNAFAM

VOINSON Stéphane – ESPOIR 54

WILLIG Fanny – Route Nouvelle Alsace

La CNSA remercie ces membres pour leur participation à l'élaboration du guide, leur investissement, leurs observations et leurs conseils qui ont contribué à enrichir ce guide d'appui aux pratiques.

La CNSA remercie également les différentes équipes et collaborateurs que les membres des deux groupes ont sollicités pour une conception de parties/chapitres, pour une relecture, des précisions, des avis ou des contributions écrites : chaque équipe des MDPH représentées dans ce comité, les équipes des différentes associations et institutions citées ici.

Annexe 2 : Un exemple de triptyque

Élaboré initialement en 2011 par l'UNAFAM 78, la MDPH 78 et le RPSM 78, le triptyque proposé ici est une version remaniée en 2013 par la MDPH 23 et l'UNAFAM 23, fidèle néanmoins à la philosophie de la démarche initiale. Il se décline en trois documents : le premier à renseigner par la personne, le deuxième par l'entourage, le troisième par l'équipe soignante.



MON PROJET DE VIE, MES BESOINS, MES ATTENTES

NOM PRENOM N° dossier MDPH :
Adresse

Je souhaite que la M.D.P.H. examine ma situation et qu'elle m'aide à trouver des solutions pour améliorer ma vie quotidienne et retrouver une participation sociale et/ou une activité professionnelle.

MA SITUATION

Je suis : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ pacsé(e) ☐ en concubinage ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)
Je vis : ☐ seul(e) ☐ en couple ☐ avec mes enfants ☐ avec d'autres membres de ma famille ☐ avec un(e) ami(e)
Je : ☐ dispose d'un logement indépendant
☐ suis hébergé(e) au domicile ☐ de mes parents ☐ d'un autre membre de ma famille ☐ d'un(e) ami(e)
☐ autres (établissement ...) :

Mes ressources actuelles correspondent à (AAH, IJ, invalidité ...) :
☐ je travaille : ☐ en E.S.A.T, préciser le lieu :
☐ milieu ordinaire, préciser le type d'activité et de contrat :
☐ je ne travaille pas

Mon niveau scolaire et de formation est
Mon expérience professionnelle (dont stages) est la suivante : (joindre si besoin un CV)
- Emploi de durant
- Emploi de durant
Mon dernier emploi s'est terminé le

J'ai déjà bénéficié de décisions de la MDPH (ex-COTOREP) d'un autre département : ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquelles ?

ACTIVITES POUR LESQUELLES J'AI BESOIN D'UN SOUTIEN

⇒ J'ai besoin d'un soutien lors de mes déplacements

☐ pour sortir de mon domicile ☐ pour utiliser les transports en commun ☐ pour conduire un véhicule
☐ autres (préciser) :

⇒ J'ai besoin d'un soutien dans ma vie quotidienne :

☐ afin de m'aider pour : ☐ effectuer ma toilette ☐ m'habiller ☐ aller aux WC ☐ manger et/ou boire
☐ afin de m'aider pour les tâches ménagères (lavage, repassage ...) ☐ pour entretenir mon logement
☐ pour préparer mes repas ☐ pour faire mes courses
☐ pour effectuer des démarches administratives
☐ pour gérer mon argent et répondre à mes obligations (assurances, impôts....)
☐ pour m'aider à : ☐ respecter les horaires ☐ utiliser le téléphone ou d'autres moyens de communication
☐ pour apprendre à me protéger des abus de toutes sortes (abus de ma personne, vols, sectes....)
☐ pour ne pas oublier de prendre mes médicaments
☐ pour avoir un suivi médical régulier
☐ autres (préciser) :

⇒ J'ai besoin d'un soutien dans mes relations avec autrui

- ☐ pour participer à la vie sociale, aux loisirs, à la vie culturelle, aux sports, aux cultes,
- ☐ pour éviter une perte de contact avec ma famille, mes amis ...
- ☐ pour faire face au regard des autres
- ☐ pour communiquer avec les autres
- ☐ pour éviter le repli sur moi-même
- ☐ pour affronter des situations et des relations stressantes, d'angoisse....
- ☐ pour m'aider à mieux connaître ma maladie
- ☐ autres (préciser) :

⇒ J'ai besoin d'un soutien dans mes savoirs faire

- ☐ pour une remise à niveau de mes connaissances générales
- ☐ pour une évaluation de mes compétences (y compris professionnelles)
- ☐ autres (préciser) :

LES AIDES DE MON ENTOURAGE

- ☐ Je ne reçois pas d'aide
- ☐ Je reçois de l'aide pour :
 - ☐ la réalisation : ☐ de la toilette ☐ de l'habillage ☐ autre, préciser :
 - ☐ le moment des repas : ☐ la préparation des repas ☐ la prise des repas
 - ☐ l'entretien : ☐ du linge ☐ du logement ☐ les courses
 - ☐ la gestion de mon budget ☐ l'accompagnement dans les démarches administratives
 - ☐ l'accès aux soins
 - ☐ l'accompagnement pour d'autres activités, préciser :

Ces aides me sont actuellement apportées par :

- ☐ ma famille ☐ un(e) ami(e) ☐ un travailleur social ☐ une aide à domicile ☐ autre (préciser) :

MES ATTENTES

- ☐ je souhaite l'intervention d'un service d'accompagnement
- ☐ je souhaite pouvoir accéder à un établissement d'accueil spécialisé (collectif)
- ☐ je souhaite accéder à un logement indépendant
- ☐ je souhaite un soutien médico-psychologique plus fréquent
- ☐ je souhaite des ressources complémentaires
- ☐ je souhaite évaluer mes capacités et/ou m'insérer professionnellement
- ☐ autres (préciser) :

Pour recueillir les informations utiles à l'évaluation de ma situation, j'autorise la M.D.P.H. à prendre contact avec la ou les personnes suivantes de mon entourage :

- | | | |
|--|-------------|----------|
| ☐ parent |) Nom : | Prénom : |
| |) Adresse : | |
| |) | |
| ☐ autre membre de la famille |) Nom : | Prénom : |
| préciser le lien : |) Adresse : | |
| |) | |
| ☐ autre personne de mon entourage |) Nom : | Prénom : |
| préciser le lien : |) Adresse : | |
| |) | |

J'autorise ce ou ces derniers à transmettre des informations me concernant.

Fait à.....le..... Signature du demandeur



QUESTIONNAIRE DES PERSONNES DESIGNÉES DANS L'ENTOURAGE

Votre nom : Votre prénom : Votre adresse :

Vous répondez à ce questionnaire concernant Madame, Monsieur

en qualité de : ☐ membre de sa famille (lien de parenté) : ☐ représentant légal (tuteur, curateur ...) :

☐ autre (à préciser) :

Merci de préciser si vous vivez quotidiennement avec l'intéressé(e) ? ☐ oui ☐ non

Afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de réaliser une évaluation globale de l'intéressé(e), merci de bien vouloir compléter les tableaux ci-dessous en cochant, par activité, la case correspondant le mieux, **selon vous**, à sa situation.

Actes essentiels (entretien personnel et déplacements)						☐ pas de problème pour toutes ces activités	
activités	fait seul	sollicitation	surveillance continue	aide physique	non fait	observations (aide totale, partielle, épisodique, régulière ...)	je ne sais pas
se laver							
s'habiller/se déshabiller							
s'habiller selon les circonstances							
prendre ses repas							
gérer l'élimination urinaire, fécale							
prendre soin de sa santé (suivre un régime ou un traitement, aller en consultation ...)							
se déplacer à l'extérieur							
utiliser les transports en commun							
utiliser un véhicule (voiture, scooter, vélo ...)							
autre (préciser) :							

Vie domestique et vie courante						☐ pas de problème pour toutes ces activités	
activités	fait seul	sollicitation	surveillance continue	aide physique	non fait	observations (aide totale, partielle, épisodique, régulière ...)	je ne sais pas
faire ses courses							
préparer un repas							
faire son ménage							
entretenir son linge et ses vêtements							
s'occuper de sa famille							
gérer son budget							
faire des démarches administratives							
vivre seul dans un logement indépendant							
avoir des relations de voisinage, amicales							
participer à la vie sociale, civique, culturelle et aux loisirs							
partir en vacances							
autre (préciser) :							

Tâches et exigences générales, relation avec autrui, communication				☐ pas de problème pour toutes ces activités	
activités	fait seul	fait difficilement	ne fait pas	observations (aide totale, partielle, épisodique, régulière ...)	je ne sais pas
s'orienter dans le temps (date, heure, jour ...)					
s'orienter dans l'espace (se repérer dans les lieux ...)					
fixer son attention					
mémoriser					
mener une conversation					
savoir lire et écrire					
prendre des décisions					
prendre des initiatives					
gérer sa sécurité (réagir de façon adaptée à une situation risquée, éviter un danger)					
maîtriser son comportement (émotions, pulsions) dans ses relations avec autrui					
utiliser des appareils et techniques de communication (téléphone, ordinateur ...)					
autre (préciser) :					

Hospitalisations antérieures :

date :

durée :

lieu :

date :

durée :

lieu :

date :

durée :

lieu :

Autres informations utiles que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH (contexte familial, social, emploi, logement, ressources...) :

.....

.....

.....

Date

Signature de la personne de l'entourage



QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES EQUIPES SOCIALE ET SOIGNANTE

Nom et prénom de l'intéressé(e) : date de naissance :
domicilié(e) :

Situation socio familiale :

Vit seul : ☐ oui ☐ non

Si non préciser l'âge et le lien de parenté des personnes présentes au domicile :

-
-
-

Mesure de protection juridique : ☐ oui ☐ non

Si oui, type : coordonnées :

accompagnement social ou médico-social (SAVS, ISBA ...) : ☐ oui ☐ non

Si oui, type et fréquence :

Ressources de la personne :

☐ absence de ressource personnelle

☐ RSA

☐ pension d'invalidité, type :

☐ AAH ☐ complément de ressources

☐ autres revenus, préciser :

☐ salaire ou autre revenu du travail

☐ indemnités journalières

☐ rente AT/MP

☐ majoration pour la vie autonome

☐ allocation chômage, préciser :

☐ retraite

☐ autre pension, préciser :

☐ autre allocation, préciser :

Environnement physique :

logement temporaire : ☐ oui ☐ non

☐ domicile personnel

☐ famille d'accueil

☐ domicile familial

☐ hôtel

Type d'hébergement :

☐ hébergé

☐ logement accompagné

☐ établissement médicosocial

☐ SDF

☐ autre, préciser :

Type de logement :

☐ maison individuelle

☐ appartement/studio

☐ chambre

☐ habitation mobile

Situation par rapport au logement (du titulaire) :

☐ propriétaire

☐ logement de fonction

☐ occupant à titre gratuit

☐ autre, préciser :

☐ locataire bailleur social

☐ locataire bailleur privé

Etat du logement :

☐ correct

☐ vétuste

☐ insalubre

Transports :

Utilise un véhicule personnel ou familial : ☐ oui ☐ non

Si oui : ☐ passager ☐ conducteur (véhicule ☐ sans permis ☐ avec permis)

Utilise les transports en commun : ☐ oui (☐ seul ☐ avec accompagnateur) ☐ non

☐ sans objet

Activités :

☐ activité professionnelle même non rémunérée

☐ salarié secteur privé

☐ salarié entreprise adaptée

☐ salarié secteur public

☐ travailleur indépendant

☐ ESAT

☐ autre :

☐ activités de loisir (bricolage, jardinage, sport, culture ...), type et fréquence :

☐ fonction élective, type et fréquence :

☐ fonction dans une association ou bénévolat, type et fréquence :

Activité professionnelle : (actuelle ou dernière activité)

Type d'activité :

Type de contrat :

☐ apprentissage

☐ stagiaire

☐ contrat de travail aidé

☐ CDD

☐ CDI

☐ intérim

☐ autre, préciser :

Date de début

Date de fin

Quotité de travail :

☐ temps plein

☐ temps partiel, préciser :

Cause éventuelle d'interruption temporaire de l'activité professionnelle :

☐ congé maternité

☐ congé parental

☐ arrêt maladie ou AT/MP

☐ congé longue maladie ou longue durée

☐ autre, préciser :

Date de l'arrêt

Date prévue de reprise

Si chômage : inscrit pôle emploi ☐ oui ☐ non

Si oui, date d'inscription :

Accompagnement professionnel mis en œuvre : ☐ oui ☐ non

Si oui, type :

date de début :

actions mises en œuvre :

Description des déficiences actuelles du psychisme (retentissement de la pathologie psychique) :

- ☐ troubles de la volition (*apragmatisme, négativisme, inhibition ...*) préciser :
- ☐ troubles de la pensée (*lenteur de la pensée, délire ...*) préciser :
- ☐ troubles de la perception (*illusions, hallucinations ...*) préciser :
- ☐ troubles de la communication (*logorrhée, coq-à-l'âne, repli autistique ...*) préciser :
- ☐ troubles du comportement (*agressivité, agitation, instabilité ...*) préciser :
- ☐ troubles de l'humeur (*troubles dépressifs, états d'excitation, dépression ...*) préciser :
- ☐ troubles de la conscience et de la vigilance (*diminution de la vigilance, obnubilation ...*) préciser :
- ☐ troubles intellectuels ou cognitifs (*troubles de la mémoire, de l'orientation temporelle et spatiale ...*) préciser :
- ☐ troubles de la vie émotionnelle et affective (*anxiété, immaturité ...*) préciser :
- ☐ expression somatique des troubles psychiatriques préciser :

Autres déficiences (en parallèle des troubles psychiques) : (préciser)

- ☐ intellectuelle : ☐ cognitive :
- ☐ auditive : ☐ du langage :
- ☐ visuelle : ☐ viscérale :
- ☐ motrice : ☐ esthétique :

En cas d'hospitalisation(s) antérieure(s), la fréquence, la durée et les dates sont à indiquer au niveau du certificat médical

Contraintes thérapeutiques actuelles : (préciser)

- ☐ géographique (*proximité d'un dispositif de soin ou d'assistance*) :
- ☐ mode d'administration du traitement (*impératifs d'horaires, dosages, voie d'administration ...*) :
- ☐ temps consacré au traitement :
- ☐ interactions médicamenteuses ou effets secondaires :
- ☐ autre :

Adhésion au traitement : ☐ oui ☐ non) l'intéressé est-il capable :

☐ non) - de prendre régulièrement son traitement comme prescrit ? ☐ oui ☐ non

☐ non) - de se rendre à ses rendez-vous médicaux et paramédicaux ? ☐ oui ☐ non

Prise en charge thérapeutique actuelle :

- ☐ hospitalisation en cours ☐ complète ☐ incomplète : ☐ de jour fréquence : date de début :
☐ de nuit durée/j : date de fin envisagée (si connue) :
☐ de week-end durée/j : établissement :
- ☐ ambulatoire ☐ CATTP fréquence : date de début :
☐ CMP durée/j : date de fin envisagée (si connue) :
☐ CSAPA Service :
☐ atelier thérapeutique
- ☐ autre (préciser) :

Capacités et limitations professionnelles ☐ pas de problème pour toutes ces					
activités	fait seul	fait difficilement	ne fait pas	observations (aide totale, partielle, épisodique, régulière ...)	non connu
se repérer dans le temps					
se repérer dans l'espace					
communiquer					
être en contact avec le public					
travailler en équipe					
assurer l'encadrement					
comprendre une consigne					
respecter des règles					
appliquer un savoir faire					
acquérir un savoir faire					
prendre des initiatives					
organiser son travail					
assumer des modifications d'horaires					
travailler de nuit					
travailler à temps plein					
respecter un rythme de travail					
assurer tâches physiques					
travailler en hauteur					
travailler en station debout					
utiliser des machines dangereuses					
autre (préciser) :					

avis sur les capacités de l'intéressé(e) à exercer une activité professionnelle ? (*impossible actuellement, possible vers le milieu ordinaire à temps complet ou partie vers le milieu protégé, projet soutenu par l'équipe soignante...*)

Actes essentiels (<i>entretien personnel et mobilité</i>)						☐ pas de problème pour toutes ces activités	
activités	fait seul	sollicitation	surveillance continue	aide physique	non fait	observations (aide totale, partielle, épisodique, régulière ...)	non connu
se laver							
s'habiller/se déshabiller							
s'habiller selon les circonstances							
prendre ses repas							
gérer l'élimination urinaire, fécale							
prendre soin de sa santé (<i>régime, traitement, consultations ...</i>)							
assurer des préhensions manuelles							
avoir des activités de motricité fine							
se mettre debout							
se déplacer à l'extérieur							
utiliser les transports en commun							
utiliser un véhicule (<i>voiture, scooter, vélo ...</i>)							
autre (préciser) :							

Vie domestique et vie courante						☐ pas de problème pour toutes ces activités	
activités	fait seul	sollicitation	surveillance continue	aide physique	non fait	observations (aide totale, partielle, épisodique, régulière ...)	non connu
faire ses courses							
préparer un repas							
faire son ménage							
entretenir son linge et ses vêtements							
s'occuper de sa famille							
gérer son budget							
faire des démarches administratives							
vivre seul dans un logement indépendant							
avoir des relations de voisinage, amicales							
participer à la vie sociale, civique, culturelle et aux loisirs							
partir en vacances							
autre (préciser) :							

Tâches et exigences générales, relation avec autrui, communication				☐ pas de problème pour toutes ces activités	
activités	fait seul	fait difficilement	ne fait pas	observations (aide totale, partielle, épisodique, régulière ...)	non connu
s'orienter dans le temps (<i>date, heure, jour ...</i>)					
s'orienter dans l'espace (<i>se repérer dans les lieux ...</i>)					
fixer son attention					
mémoriser					
mener une conversation					
savoir lire et écrire					
prendre des décisions					
prendre des initiatives					
gérer sa sécurité (<i>réagir de façon adaptée à une situation risquée, discerner le danger, éviter un danger</i>)					
maîtriser son comportement (<i>émotions, pulsions</i>) dans ses relations avec autrui					
utiliser des appareils et techniques de communication (<i>téléphone, ordinateur ...</i>)					
autre (préciser) :					

Autres informations jugées utiles de porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH :

.....

.....

.....

Cachet obligatoire du service

Date

Signature

Annexe 3 : Quelques dispositifs d'accès ou de maintien dans le logement

Dispositifs	Offre	Profils	Intervenants	Financement des intervenants
Résidences accueil spécialisées Maisons relais dédiées à des personnes présentant des troubles psychiques	Logement en milieu de vie ordinaire, axé sur les problématiques de santé mentale et d'isolement : Veille à l'état psychique Soutien quotidien Fonction contenante Convention avec un service de psychiatrie et un service d'accompagnement médico-social ou social	Personne isolée dont la situation de handicap ne permet pas de vivre de façon complètement autonome (besoin de soutien régulier)	Maîtres de maison formés à la santé mentale – en coordination avec : le secteur de psychiatrie, les SAMSAH, les SAVS, les SAAD, les infirmiers libéraux, les mandataires judiciaires...	Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)
Maisons relais Accueil sans limitation de durée, non spécialisé sur les troubles psychiques, mais proposant un accompagnement quotidien	Logement en milieu de vie ordinaire, axé sur les problématiques d'isolement et de précarité	Personne au faible niveau de ressources dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont l'accès à un logement autonome apparaît difficile à court terme, sans relever toutefois de structures d'insertion de type centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	Hôte de pension de famille en coordination avec : le secteur de psychiatrie, les SAMSAH, les SAVS, les SAAD, les infirmiers libéraux, les mandataires judiciaires...	DDCS
Habitats partagés ou projets d'habitats inclusifs Dispositifs expérimentaux permettant la mutualisation des aides individuelles	Logement en milieu de vie ordinaire, avec des espaces de vie individuelle et de vie collective Mutualisation possible des compétences des sous-locataires Veille à l'état psychique Soutien quotidien Fonction contenante	Personne isolée dont la situation de handicap ne permet pas de vivre de façon complètement autonome (besoin de soutien régulier) Ce type de dispositif peut relativement bien correspondre aux situations de handicap psychique	Auxiliaire de vie qui intervient de manière collective auprès de l'ensemble des sous-locataires	PCH (voire mise en commun de PCH)

Dispositifs	Offre	Profils	Intervenants	Financement des intervenants
Familles gouvernantes Dispositif relativement adaptable, souple et non institutionnel, avec un accompagnement à caractère familial	Lieu de vie individuel en milieu ordinaire, axé sur la dimension familiale	Personne isolée qui ne peut vivre seule du fait de sa situation de handicap, et qui souhaite (re)créer une ambiance familiale	Gouvernante qui coordonne tous les aspects de la vie quotidienne avec les secteurs de psychiatrie et les acteurs du médico-social et du social	Plurifinancements : PCH (voire mise en commun de PCH), aides sociales départementales, soutien ARS, DDCS
Appartements accompagnés Toutes solutions de logement où un gestionnaire (souvent une association) intervient entre le propriétaire et la personne	Logement individuel en sous-location en milieu ordinaire avec un accompagnement social permettant : une veille à l'état psychique ; une veille à l'entretien du logement ; une coordination personne – famille – secteur sanitaire, médico-social et social	Personne en situation de handicap psychique susceptible de mobiliser les compétences nécessaires pour vivre de façon autonome dans un appartement individuel ordinaire, avec le passage régulier d'un travailleur social	Accompagnateurs sociaux formés à la santé mentale, qui interviennent ponctuellement selon les besoins de la personne : d'une fois par mois à plusieurs fois par semaine	Bail de sous-location ordinaire Financement des intervenants en fonction de l'accompagnement préconisé : conseil départemental (SAVS, SAMSAH, SAAD), assurance maladie (forfait soins SAMSAH), usager et éventuellement un financement particulier ARS
Logements expérimentaux Autres solutions de logement pouvant exister au niveau local à titre expérimental	Logement individuel en location ou en sous-location en milieu ordinaire avec un accompagnement	Mêmes profils que pour les appartements accompagnés ou pour les dispositifs d'habitats inclusifs	Mêmes intervenants que pour les appartements accompagnés ou pour les dispositifs d'habitats inclusifs	Mêmes financements que pour les appartements accompagnés ou pour les dispositifs d'habitats inclusifs

Annexe 4 : Stabilisation/rétablissement/*empowerment*

La référence à la notion de « **stabilisation** », « patient stabilisé »..., est encore usuelle tant chez les soignants que chez les professionnels médico-sociaux, pour signifier la sédation durable des troubles psychiques, généralement considérée comme une condition pour la sortie de l'hôpital et l'accueil dans des institutions sociales ou médico-sociales (plus encore que pour le retour à domicile).

Cette notion de stabilisation est en réalité très ambiguë et mal adaptée : l'hospitalisation peut amener une certaine sédation des symptômes, mais la sortie et la confrontation avec la vie réelle, un nouveau cadre de vie ou des relations nouvelles sont forcément « déstabilisantes ». Tout changement requiert de la personne la mobilisation de ses ressources psychiques ; et la recherche dynamique de nouveaux équilibres est tout sauf un état stable : c'est un mouvement constant, qui n'exclut pas la résurgence des troubles, pour la reprise d'une maîtrise de sa vie.

La notion de **rétablissement** comme celle d'*empowerment* (« pouvoir d'agir » ou « capacité d'agir ») rendent compte de cette dynamique : il ne s'agit pas de guérir, mais d'apprendre à vivre avec, reprendre du pouvoir sur sa vie, retrouver du bien-être, faire de nouveaux projets.

Le rétablissement suppose donc un processus de redéfinition de soi de sorte de ne plus être centré sur la maladie ou déterminé par elle. Ni déni ni désintérêt pour la maladie, il s'agit d'une prise de conscience de la maladie et de ses conséquences, mais également d'une reconnaissance de ses ressources et de ses savoir-faire, qui impulsent cette volonté de rebondir et d'agir pour contrôler sa vie. C'est ainsi un processus, avec une évolution dans le temps, un mouvement et non pas un état (une personne n'est pas « rétablie », mais « en rétablissement »). Les soins et les accompagnements participent du processus de rétablissement.

Les dispositifs proposant des actions de mise en œuvre des processus de rétablissement et d'*empowerment* sont relativement récents en France et sont déployés de façon inégale sur le territoire. Par ailleurs, ils ne doivent pas se substituer à une réponse d'accompagnement médico-sociale, mais peuvent la compléter, selon les choix et les souhaits de la personne.

D'autres éléments de caractérisation de ces notions sont disponibles sur le site du Psycom, particulièrement dans la rubrique « Santé mentale de A à Z ». Par exemple :

- rétablissement : <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Retablissement>
- *empowerment* : <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Empowerment-et-sante-mentale>

Annexe 5 : Glossaire

Ce glossaire propose de définir des termes susceptibles de figurer dans les dossiers à destination des MDPH ; il ne s'agit pas de définir des termes évoqués systématiquement dans le corps du guide ni des troubles.

Cette liste (non exhaustive) de définitions est proposée par ordre alphabétique pour un langage commun entre partenaires :

Aboulie : diminution voire disparition de la volonté avec ralentissement de l'activité intellectuelle et physique.

Agoraphobie : peur des lieux publics, des espaces ouverts.

Ambivalence : être en proie à deux réactions, deux sentiments contraires.

Angoisse : ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs, caractérisés par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se trouve démuni et impuissant à se défendre.

Anhédonie : déficit dans la capacité à éprouver du plaisir.

Anxiété : état émotionnel fort de tension nerveuse, de peur, mal différencié et souvent chronique.

Apathie : état de fatigue accompagné d'une indifférence et d'une absence d'émotions et de désirs.

Apragmatisme : incapacité d'origine purement psychique de maintenir une activité et un comportement bien adaptés aux besoins et aux conditions de vie.

Attaque de panique : période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente. Durant ces attaques sont présents des symptômes tels que des sensations de « souffle coupé », des palpitations, des douleurs ou gênes thoraciques, des sensations d'étranglement ou des impressions d'étouffement, la peur de devenir « fou » ou de perdre le contrôle de soi. Ces épisodes peuvent être uniques ou se répéter plus ou moins fréquemment.

Burn-out : état d'épuisement physique, émotionnel et mental lié à une longue exposition à des situations exigeant une implication émotionnelle importante.

Clinophilie : fait de rester couché en dehors des périodes habituelles de sommeil, parfois en permanence, traduisant une réaction de retrait du milieu social et de désintérêt pour la vie quotidienne familiale et professionnelle.

Compulsions : comportements répétitifs ou actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles devant être appliquées de manière inflexible afin de neutraliser ou de diminuer le sentiment de détresse.

Coq-à-l'âne : fait de passer en permanence d'une idée à une autre sans transition.

Délire : perte du sens de la réalité qui se traduit par un ensemble de convictions fausses, irrationnelles, auxquelles la personne adhère de façon inébranlable.

Déréalisation : altération de la perception ou de l'expérience du monde extérieur qui apparaît étrange ou irréel.

Discordance : défaut d'harmonie entre la pensée ou les sentiments et leur expression.

Discordance affective : émotions n'étant pas en rapport avec la situation.

Écholalie : répétition involontaire et dénuée de sens par un malade des derniers mots qu'il vient d'entendre.

Empowerment : « pouvoir d’agir » ou « capacité d’agir » ; désigne la capacité d’un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle. Cette notion est associée au développement d’un plus grand contrôle ou pouvoir d’agir sur sa vie et par conséquent sur sa santé au sens large. L’empowerment est à rapprocher de la notion de rétablissement (l’un ne va pas sans l’autre).

Éreutrophobie : peur obsédante de rougir qui s’accompagne le plus souvent de rougeur du visage et de sudation.

Fuite des idées : succession rapide des idées et de leur expression verbale, sans qu’elles aient forcément de rapport les unes avec les autres.

Hallucinations : altération grave des perceptions ; le sujet fait l’expérience de voir ou d’entendre ou de percevoir une odeur ou de sentir des choses sur sa peau ou dans son corps que l’entourage ne perçoit pas. Tous les sens peuvent être concernés.

Illusions : déformation habituellement sensorielle, surtout visuelle et auditive, prise pour exacte de la perception d’un objet réel.

Indifférence affective : état d’insensibilité et d’inexpressivité émotionnelle.

Inhibition : blocage de l’activation émotionnelle, qui rend le sujet incapable de réactions ou d’initiatives.

Instabilité : tendance à changer rapidement d’état émotionnel, difficulté à fixer son attention et à poursuivre une tâche au-delà d’un temps très court.

Logorrhée : flux verbal intarissable et désordonné.

Manie : état d’excitation intellectuelle et psychomotrice et d’exaltation de l’humeur à évolution habituellement périodique et cyclique.

Mutisme : absence de parole, soit par défaut de développement du langage, soit par inhibition volontaire ou involontaire, soit par refus délibéré.

Négativisme : fait de résister à toute suggestion et sollicitation.

Néologismes : mots nouveaux et bizarres créés par déformation, substitution, inversion ou création de phonèmes.

Obsessions : pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à un certain moment de l’affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et entraînent une anxiété ou une détresse importante.

Paranoïa : délire systématisé et cohérent à prédominance interprétative (délire de persécution...).

Pauvreté des affects : faible capacité à exprimer un état émotionnel.

Préciosité : caractère affecté, recherché, du langage, du style.

Prosodie : inflexion, tonalité, intonation, accent, modulation du langage oral en fonction des émotions ressenties, de l’affirmation et de l’impact que la personne désire avoir sur son interlocuteur.

Psychose : affection psychiatrique dont le malade n’est que partiellement conscient et qui altère son sens de la réalité.

Psychose maniaco-dépressive : maladie psychiatrique caractérisée par des dérèglements de l’humeur, qui évolue par accès (synonyme de maladie bipolaire).

Radotage : fait de tenir des propos, des discours dénués de sens ou peu cohérents, de les répéter de façon ennuyeuse.

Réhabilitation psychosociale : vise le rétablissement des personnes vivant avec un trouble psychique, c'est-à-dire la restauration de leurs capacités d'agir sur leur vie. Dans son versant sanitaire, elle traduit de nouvelles modalités de diagnostic, d'évaluation et de soins spécifiques destinées à améliorer le fonctionnement des personnes en renforçant les ressources préservées et en réactivant les dimensions altérées par la maladie.

Rétablissement : processus, avec une évolution dans le temps, visant à se dégager d'une identité de malade psychiatrique et à retrouver une vie active et sociale. Il s'agit d'un mouvement et non pas d'un état. Une personne n'est pas « rétablie », mais « en rétablissement ». Le rétablissement doit être rapproché du concept d'empowerment (pas de rétablissement sans pouvoir d'agir et réciproquement).

Rites obsessionnels : comportements se manifestant par des vérifications, des soins de toilette, de nettoyage et autres que le sujet se sent obligé d'effectuer selon un ordre prédéterminé, souvent à plusieurs reprises, poussé par une force irrésistible.

Somatisation : tendance à éprouver et à exprimer une souffrance physique, somatique, en réponse à un stress ou à un traumatisme psychique.

Somatoforme : plaintes somatiques qui, malgré les examens médicaux appropriés, ne peuvent s'expliquer par une affection médicale connue.

Stéréotypies gestuelles : répétitions inadaptées à la situation, indéfinies, quasi automatiques d'une expression verbale, d'un geste, d'une attitude.

Syndrome de Diogène : trouble du comportement conduisant à des conditions de vie négligées, voire insalubres avec accumulation.

Théâtralisme : tendance exagérée à l'expression spectaculaire d'états émotionnels manquant souvent de naturel et de sincérité.

Volition : toute activité de l'homme où sa volonté joue un rôle déterminant lui permettant d'engager les ressources de son savoir et de son énergie pour accomplir un projet.

Annexe 6 : Références bibliographiques

Textes officiels

Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/28/2016-1940/jo/texte>

Décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné et au financement du compte personnel de formation des travailleurs handicapés.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033719277&categorieLien=id>

Décret n° 2016-1849 du 23 décembre 2016 relatif à la carte mobilité inclusion pris en application de l'article 107 de la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique et en application de l'article 2 de la loi n° 93-1419 du 31 décembre 1993 relative à l'Imprimerie nationale.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033691882&categorieLien=id>

Loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033202746&categorieLien=id>

Loi travail n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032983213&categorieLien=id>

Circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016 du ministère de l'Éducation nationale relatif au parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires.

http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=105511

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et son article 69 relatif à la mise en place du projet territorial de santé mentale.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo#JORFARTI000031913265>

Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap.

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/11/cir_40249.pdf

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées en France

Fédération française de psychiatrie (FFP), Conseil national professionnel de psychiatrie (CNPP).

Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Paris : FFP-CNPP, juin 2015.

La recommandation : http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf

L'argumentaire : http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Argu_Soins_Soma_Psy.pdf

ANESM. *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques.* Saint-Denis : ANESM, mai 2016, « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ».

<http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article1012>

Publications de l'ANAP sur le diagnostic territorial et les parcours en santé mentale :

Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Méthodes et outils pour les territoires, 2016.

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires/>

Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Kit d'outils, 2016.

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-kit-doutils/>

Classifications et nomenclatures

OMS. CIM 10. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. 10^{ème} révision, Genève : OMS, 2008.

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F80-F89>

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F90-F98>

OMS. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*, Genève : OMS, 2001.

Arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018763838>

American Psychiatric Association. DSM 5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, 5^{ème} éd., Arlington : APA, mai 2013.

Études, rapports publics et guides

AGIRC-ARRCO. *Troubles psychiques et emploi. Guide pratique pour les managers*, 2017.

<http://fr.calameo.com/read/0027117297f1769c54c72>

AMARA F., JOURDAIN-MENNINGER D., MESCLON-RAVAUD M., et al. *La prise en charge du handicap psychique*, rapport IGAS, 2011.

ANCREAI. *Étude sur l'accompagnement à domicile des personnes adultes en situation de handicap psychique*, pour l'Observatoire national des aides humaines d'HANDEO, mai 2016.

<http://www.handeo.fr/etudes-rapports-et-recherches>

Association Galaxie. *Étude CREHPsy. Analyse de douze expérimentations en cours préfigurant des « centres ressources handicap psychique »*. Préconisations relatives à leur mise en œuvre, 2012.

http://www.cnsa.fr/documentation/etude_crehpsy_rapport_final_galaxie_decembre_2012.pdf

BONSACK C., FAVROD J. et REXHAJ S. « Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites », *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 173, n° 1, février 2015, p. 79-84.

BOUCHERAT-HUE V. (dir.), LEGUAY D., PACHOUD B., et al. *Handicap psychique : questions vives*, Paris : Erès, 2016, 392 p.

CCAH. *Handicap psychique : parcours de soin, parcours de vie*, 2013.

<http://www.ccah.fr/handicap-psychique-parcours-de-soins-parcours-de-vie>

CNSA, DGCS. SERAFIN-PH : *Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées. Nomenclatures besoins et prestations détaillées*, Paris : CNSA, janvier 2016.

http://www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures_seraphinph_detaillees_mars_16.pdf

CNSA. *Évaluation*, Paris : CNSA, 2009, « Mots-clés de l'aide à l'autonomie ».

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Mots-cles_Evaluation_def.pdf

CNSA. *Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées*, Paris : CNSA, 2013, « Dossier technique ».

<http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA-Technique-eligibilites-web-2.pdf>

CNSA. *Le GEVA. Évaluer les besoins de compensation*, Paris : CNSA, 2012, « Les cahiers pédagogiques de la CNSA ».

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CAHIERpedagogique_GEVA_Web.pdf

CNSA. *L'éligibilité à la PCH. Ce qu'il faut savoir sur la cotation des capacités fonctionnelles*, Paris : CNSA, 2013, « Les cahiers pédagogiques de la CNSA ».

http://www.cnsa.fr/documentation/CNSA-cahiers_pedagogiques-08-10-2013_vdef.pdf

CNSA. *Accès à l'aide humaine : élément 1 de la prestation de compensation du handicap. Guide d'appui aux pratiques des MDPH*, 2017.

http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_guide_pch_aide_humaine_mars2017.pdf

CNSA. *Accès aux aides techniques : élément 2 de la prestation de compensation du handicap. Guide d'appui aux pratiques des MDPH*, 2017.

http://www.cnsa.fr/documentation/guide_pch_at_2017_a4-v8_hd-ss-deb.pdf

CNSA. *Premières rencontres scientifiques sur l'autonomie : Évaluer pour accompagner*, actes du colloque du 12 février 2009, « Dossiers scientifiques ».

http://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_Dossier_12fev_signets.pdf

CNSA (avec l'appui du CEDIAS). *Handicaps d'origine psychique. Une évaluation partagée pour mieux accompagner les parcours des personnes*, actes du colloque du 23 mars 2009, « Dossiers scientifiques ».

http://www.cnsa.fr/documentation/actes_colloque_handicaps_dorigine_psychique_2009.pdf

CEDIAS/CREAHI Île-de-France. *Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ?* Paris, octobre 2010.

Le rapport, 2010 : http://www.creai-idf.org/sites/cedias.org/files/rapport_definitif_savs_samsah.pdf

La synthèse et recommandations, 2011 : http://www.creai-idf.org/sites/cedias.org/files/cedias_hand_psy_dec2011.pdf

CEDIAS-Délégation ANCREAI Île-de-France. *L'évaluation des situations de handicap d'origine psychique*, étude conduite en 2008 et 2009 pour la CNSA.

Volet 1 : recherche documentaire, 2008 : <http://www.cnsa.fr/documentation/rapports-de-nos-partenaires>

Volet 2 : synthèse de la phase « terrains », 2009 : http://www.cnsa.fr/documentation/2b.phase2_.pdf

CEDIAS. « Handicap psychique et insertion sociale », *Vie sociale*, Paris : Erès, n° 1, 2009.

CERTU-CEREMA. *Handicaps et usages - fiche n° 1 Handicaps mentaux, cognitifs et psychiques - fiche n° 2 - Accessibilité et handicap mental*, 2013.

<http://www.certu-catalogue.fr/handicaps-et-usages-fiches-n-1-handicaps-mentaux-cognitifs-et-psychiques-fiche-n-2-accessibilite-et-handicap-mental.html>

DGCS. *Guide pratique sur l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés*, Paris, 2017.

<http://www.lamaisondesaidsants.com/wp-content/uploads/2016/03/Guide-pratique-attribution-AAH.pdf>

Défenseur des droits. *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*, Paris, 2015.

Le rapport : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf

La synthèse : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/synthese_du_rapport_2015.pdf

DELBEQ J., WEBER F. (coord.). « Handicap psychique et vie quotidienne », *Revue française des affaires sociales*, Paris : La Documentation française, n°1-2, 2009.

Enquête SAMENTA : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France.

http://www.samusocial.paris/sites/default/files/samenta_web.pdf

Enquête UNAFAM sur la défense des droits des personnes malades psychiques, vues par leur entourage.

http://www.unafam.org/IMG/pdf/Presentation_enquete_Unafam_sur_la_defense_des_droits_et_interets_des_personnes_malades_psychiques_vue_par_leur_entourage-2.pdf

GILBERT P. « La définition du handicap dans la loi de 2005 et le certificat médical. Quels sont les enjeux et comment s'en servir au mieux de l'intérêt de la personne atteinte de troubles psychiques ? », *Perspectives Psy*, vol. 54, n° 4, octobre-décembre 2015.

GIORDANA J.-Y. *La stigmatisation en psychiatrie et santé mentale*, Paris : Éd. Masson, 2010.

HANDÉO. *Comprendre le handicap pour mieux accompagner*, 2016.

HANDÉO. *Comprendre le handicap pour mieux accompagner... Un adulte en situation de handicap psychique*, 2017.

HARDY-BAYLE M.-C. *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique*, Centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale, 2015.

<http://cdppsm.fr/wp-content/uploads/2016/10/RAPPORT.pdf>

Institute of Health Economics. *Consensus Statement On Improving Mental Health Transitions*, Edmonton, Alberta, Canada, vol. 7, novembre 2014.

LAFORCADE M. *Rapport relatif à la santé mentale*, ministère des Affaires sociales et de la Santé, octobre 2016.

LEGUAY D., XEBER F. « Handicap psychique : nouveau départ ? » *L'Information psychiatrique*, vol. 90, 2014.

LEROY-HATALA C. *Handicap psychique et emploi : Pour mieux comprendre et accompagner les personnes handicapées psychiques dans leur insertion professionnelle*, 2011.

PASSERIEUX C., BULOT V., HARDY-BAYLE M.-C. « Une contribution à l'évaluation du handicap psychique : l'échelle d'évaluation des processus du handicap psychique (EHPH) ». *Alter, Revue européenne de recherche sur le handicap*, vol. 6, n° 4, 2012, p. 296-310.

PASSERIEUX C. *Évaluation et dispositif de réponse en direction du handicap psychique en lien avec un trouble schizophrénique*, rapport final.

<http://www.rpsm78.com/pdf/Rapport%20final%20Etude%20Handicap%20psychique.pdf>

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

PIVETEAU Denis. « Zéro sans solution » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*. Paris : ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014.

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf

« La CNSA et le handicap psychique. De l'évaluation à la compensation ». *Pluriels, La Lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, n° 74, juin 2008, 16 p.

« Évaluation et handicap psychique : la coordination des acteurs ». *Pluriels, La Lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, n° 81, avril 2010, 16 p.

POSTEL J. (dir.). *Dictionnaire de la psychiatrie*, Paris : Larousse, 2011.

PROUTEAU A. (dir.). *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*, Paris : Dunod, 2011.

PROUTEAU A., KOLECK M., BELIO C., et al. « Mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique et cognitif : validation préliminaire de la G-MAP », *Alter, Revue européenne de recherche sur le handicap*, vol. 6, 2012, p. 279-95.

PROUTEAU A., KOLECK M., BELIO C., et al. « Mesurer le handicap psychique, enjeux et méthodes », *L'Information psychiatrique*, 90(3), 2014, p. 191-5.

ROELANDT J.-L., STAEDEL B. *L'expérimentation des médiateurs de santé pairs : une révolution intranquille*, Paris : Doin, 2016.

ONED. *L'accompagnement vers l'autonomie des « jeunes majeurs »*, Paris : Observatoire national de l'enfance en danger, janvier 2015.

http://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/onpe_accompagnement_autonomie_jeunes_majeurs.pdf

UNAFAM. *Livret de l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique*, 2008, 32 p. <http://www.cnsa.fr/documentation/livret-uccas-handicap-psychique.pdf>

UNAFAM. *Troubles psychiques : la parole aux familles*, 2013.

<https://www.unafam.org/IMG/pdf/Toubles-psychiques-la-parole-aux-familles-Unafam.pdf>

UNAFAM, FFAPAMM. *L'indispensable. Guide à l'intention des membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale*, 2012.

http://www.unafam.org/IMG/pdf/UNAFAM_Guide_indispensable_interactif.pdf

Sitographie (non exhaustive)

Agapsy : <http://www.agapsy.fr/index.php>

Association Clubhouse France : <http://www.clubhousefrance.org/>

Association Fagerh : <http://www.fagerh.fr>

Association Messidor : <http://www.messidor.asso.fr>

et sur l'emploi accompagné : <http://www.emploiaccompagne-idf.fr/>

Association nationale des maisons des adolescents : <http://www.anmda.fr/>

CCOMS – Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org>

CDPPSM – Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale : <http://www.cdppsm.fr/>

Centres ressources handicap psychique (CReHPsy) :

- Auvergne : <http://www.crp-st-amant.fr/notre-reseau/crehpsy.html>
- Île-de-France : <http://www.ceapsy-idf.org/>
- Pays de la Loire : <http://www.crehpsy-pl.fr/fr/>
- Nord-Pas-de-Calais : <http://www.crehpsy-npdc.fr>
- Niort : <http://www.ch-niort.fr/formations/formation-continue/instituts-du-handicap/centre-ressource-handicap-psychique>

Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive en région Auvergne-Rhône-Alpes : <http://www.centre-ressource-rehabilitation.org>

Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) : <https://www.fnapsy.org/>

Fondation FondaMental : <http://www.fondation-fondamental.org>

Fondation santé des étudiants de France : <http://www.fsef.net>

HANDÉO : <http://www.handeo.fr/>

Observatoire national santé mentale, vulnérabilités et sociétés : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>

Œuvre Falret : <http://falret.org>

Psycom – organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale :
<http://www.psycom.org>

Réseau de coordination psychiatrie, social et médico-social de l'Eure (RCPSM 27) : <http://www.nouvel-hopital-navarre.fr/reseau-de-coordination-psychiatrie-social-et-medico-social-de-l-eure-57.html>

Réseau de remédiation cognitive : <http://www.remediation-cognitive.org/reseau>

Réseau handicap psychique (RéHPSy) : <http://www.rehpsy.fr/>

Revue Santé Mentale : <http://www.santementale.fr/> (mensuel des équipes soignantes en psychiatrie)

UNAFAM : <http://www.unafam.org>



CNSA
66, avenue du Maine
75682 Paris cedex 14
Tél. : 01 53 91 28 00
contact@cnsa.fr