

Guide méthodologique

pour la création des services
d'accompagnement spécialisés en faveur
des personnes en situation de handicap d'origine psychique
(SAVS et SAMSAH « handicap psychique »)

Septembre 2012

Avec le soutien de la
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

Guide méthodologique

pour la création des services
d'accompagnement spécialisés en faveur
des personnes en situation de handicap d'origine psychique
(SAVS et SAMSAH « handicap psychique »)

Septembre 2012

Guide réalisé par Carole Peintre, à partir des analyses et préconisations issues de la Recherche-action nationale « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique » ? (Recherche conduite par le CEDIAS - CREAHI Idf en collaboration avec les CREAI Alsace, Bretagne et Aquitaine – octobre 2010), avec le soutien financier de la section V de la CNSA.

Liste des membres du Comité de pilotage

- Madame **BARRES Martine**,
Chargée de mission à la MNASM - Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
- Madame **BARROCHE Marie-Claude**,
Présidente de la Fédération AGAPSY
- Madame **CADENEL Annie**,
Déléguée nationale de l'ANCREAI
- Madame **CUNAT Dominique**,
Chargée de mission au Conseil général des Alpes Maritimes
- Monsieur **DROUET Roger**,
Président du MAIS
- Monsieur **DURAND Bernard**,
Président de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine
- Monsieur **DYBAL Jean**,
Administrateur de l'UNAFAM
- Monsieur **ESCAIG Bertrand**,
Administrateur de l'UNAFAM
- Madame **GILBERT Pascale**,
Médecin à la CNSA - Direction de la Compensation
- Monsieur **HABIB Marc**,
Vice-président du Comité français pour la réhabilitation psychosociale (CFRP)
- Madame **LAFONT-RAPNOUIL Stéphanie**,
Psychiatre, Chef de pôle 78G18 au CH Jean-Martin Charcot
- Madame **LE DUFF Rachelle**,
Conseillère technique au CREA Bretagne
- Madame **LEMOIGNE Christine**,
Médecin coordonnateur du Pole Orientation/établissements/service à la MDPH 94
- Madame **LYS Florence**,
Chargée de mission - Santé mentale à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) -
Ministère de l'emploi, du travail et de la santé
- Monsieur **MAHE Jean-Jose**,
Membre du réseau GALAXIE
- Madame **MARABET Bénédicte**,
Conseillère technique au CREAHI Aquitaine
- Madame **MARIE Hélène**,
Chargée de mission à la CNSA - Direct. des Etablissements et Services médico-sociaux -
Pôle programmation de l'offre de services
- Madame **MARTINEZ Corinne**,
Référént Santé mentale à l'ARS Rhône-Alpes
- Monsieur **PERROTEAU Patrice**,
Chargé de mission au Ministère des Solidarités et de la cohésion sociale - DGCS
- Madame **QUERNÉ Marie-Françoise**,
Coordonnatrice régionale Autisme à l'ARS Idf - DOSMS - Pôle médico-social
- Madame **ROSSO Anne**,
Psychiatre au Réseau de promotion pour la santé mentale (RPSM) Yvelines Sud
- Madame **YNESTA Sylvie**,
Référént médicale Santé mentale à l'ARS Rhône-Alpes,
Direction de l'Efficiéncie et de l'Offre de soins
- CEDIAS : **Jean-Yves Barreyre, Carole Peintre et Anne-Marie Asencio.**

Sommaire

1 - Introduction	4
1.1 - Pourquoi ce guide ?	4
1.2 - Quel objectif visé ?	5
1.3 - Méthodologie	5
1.4 - Un cadre réglementaire favorisant l'innovation sociale des services d'accompagnement	6
2 - Quels besoins d'accompagnement repérés sur le territoire	7
2.1 - Répondre à des besoins non-satisfaits des personnes déjà suivies par le secteur psychiatrique ou médico-social	8
2.2 - S'inscrire dans une stratégie globale d'intervention (et non dans une logique de filière ou de réponse « globalisante »)	9
2.3 - Contribuer à une fonction de veille sur le territoire	10
2.4 - Contribuer à une évaluation partagée des besoins	11
2.5 - Connaître les ressources mobilisables	13
2.6 - Faire le choix du territoire du service d'accompagnement spécialisé et des acteurs à associer	13
3 - Les composantes de l'action du service d'accompagnement	17
3.1 - Les missions	17
3.2 - La composition de l'équipe professionnelle	24
3.3 - Les modalités d'intervention	25
3.4 - SAVS et SAMSAH « handicap psychique » : des ressources complémentaires sur un même territoire	29
3.5 - Un projet de service reposant sur des principes de la réhabilitation psychosociale et du rétablissement	29
4 - Conclusion	31

1 - Introduction

La définition du handicap inscrite dans la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées conduit à mettre pour la première fois l'accent sur les origines psychiques des situations de handicap vécues par les personnes atteintes de pathologies mentales. Cette reconnaissance du « handicap d'origine psychique », si elle n'est pas à proprement parler nouvelle pour les individus qui ont pu déjà par le passé être bénéficiaires de prestations du champ du handicap au titre des conséquences de leur maladie psychiatrique, constitue une avancée considérable pour la prise en compte des besoins de soins et d'accompagnement social et médico-social de ces personnes, notamment dans le cadre de l'élaboration d'un plan de compensation prenant en compte l'ensemble des dimensions de leur situation de vie (santé, formation, activité professionnelle, activités quotidiennes et sociales, logement, etc.).

Parmi les modes de compensation offerts actuellement, les Services d'accompagnement (SAVS et SAMSAH) apparaissent comme le pivot naturel de toutes les interventions qui s'adressent à une personne en situation de handicap d'origine psychique vivant dans la Cité.

Mais si tous les acteurs s'accordent à penser qu'il est nécessaire de poursuivre le développement de ces dispositifs souples, qui apportent un accompagnement dans les milieux de vie ordinaires et/ou vers le milieu professionnel, au plus près des besoins et préoccupations des personnes en situation de handicap d'origine psychique, et aident à l'articulation des différentes réponses dans le cadre d'une stratégie globale d'intervention, les responsables des politiques publiques (l'Etat et les conseils généraux) et les promoteurs posent des interrogations fortes sur :

- la spécialisation nécessaire ou non de ces services en fonction du profil du public ;
- l'intérêt et le contenu de leur éventuelle médicalisation ;
- ou encore les modalités de leur participation à l'évaluation conduite par les MDPH.

4

1.1 - Pourquoi ce guide ?

En octobre 2010, le CEDIAS - CREAHI IdF a publié son rapport de recherche sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap d'origine psychique¹.

Cette recherche d'une durée de 15 mois, réalisée auprès de dix services d'accompagnement et de leurs partenaires, dans neuf² départements, a croisé l'analyse des différents acteurs impliqués dans l'accompagnement de ces parcours de vie, et a pris notamment en compte le point de vue des personnes accompagnées par ces SAVS et SAMSAH, celui des familles, des équipes professionnelles des services d'accompagnement, des responsables de services psychiatriques ou encore des représentants de dispositifs sociaux et médico-sociaux (services mandataires judiciaires à la protection des majeurs, bailleurs sociaux, MDPH, Conseils généraux, ESAT, services d'aide à domicile, etc.).

Les résultats de cette recherche (rapport de 200 pages) sont riches d'enseignement et permettent de répondre aux nombreuses questions que ne manquent pas de soulever ces services souples et innovants, de forme variée, et se trouvant à la croisée des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales. Il permet en particulier de démontrer en quoi leur action est complémentaire et non subsidiaire aux soins prodigués par le secteur psychiatrique et quelles sont les modalités d'intervention spécifiques que ces services proposent (en fonction notamment de leur « médicalisation » ou non, de leur inscription sur le territoire, du profil des publics auxquels ils s'adressent, etc.).

Si ce rapport de 200 pages contient beaucoup d'informations attendues par les décideurs et promoteurs pour orienter leurs projets et programmes de création, sa forme n'est pas opérationnelle **pour une diffusion large et une appropriation des résultats par le plus grand nombre.**

¹ Financement de la recherche dans le cadre du programme MIRE DREES CNSA 2008 sur le « handicap psychique ». « Quel service d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? », octobre 2010. Recherche-action réalisée par le CEDIAS - CREAHI IdF, en collaboration avec les CREAI Alsace, Aquitaine et Bretagne. Rapport et synthèse téléchargeable sur le site Internet www.creai-idf.org.

² La recherche-action a reposé sur dix services d'accompagnement, dont deux situés dans le département de la Gironde.

Aussi, la CNSA a apporté son soutien financier au CEDIAS - CREAHI Idf pour valoriser les résultats de cette recherche-action en concevant plusieurs « outils pratiques » à destination des différents acteurs participant de l'accompagnement des personnes en situation de handicap d'origine psychique.

Le « guide méthodologique d'appui à la création des services d'accompagnement en faveur des personnes en situation de handicap d'origine psychique » fait partie de ces supports techniques susceptibles de favoriser, sur les territoires, l'émergence de formes d'intervention adaptées pour l'accompagnement de ces publics. Il est en particulier complémentaire au rapport de « Synthèse et recommandations » de la recherche (50 pages – décembre 2011).

1.2 - Quel objectif visé ?

Ce guide a pour objectif d'apporter des propositions méthodologiques aux autorités de tarification et de planification (ARS et conseils généraux) et aux promoteurs dans la création, sur un territoire donné, de services d'accompagnement spécialisés en faveur des personnes en situation de handicap d'origine psychique (SAVS et SAMSAH « handicap psychique »).

En effet, un des résultats de la recherche est de poser clairement la nécessité de concevoir des services dont le projet s'adresse spécifiquement à ce profil de public.

De même, il serait souhaitable que le choix entre le statut de « SAVS » et celui de « SAMSAH », ou encore entre la priorité donnée à certaines modalités d'accueil (suivi individuel, activités collectives, accueil libre), reposent davantage sur les besoins et attentes des publics auxquels le service est censé s'adresser et des ressources déjà mobilisables sur le territoire, que sur des opportunités d'enveloppes budgétaires ou sur la politique générale du gestionnaire.

Dans ce contexte, le guide méthodologique a vocation à aider les personnes en position de responsabilité à **se poser les « bonnes » questions pour la création (et/ou l'évolution) de leur service et à mobiliser les « bons » acteurs**. En revanche, il ne donne aucune indication sur la dimension financière et administrative de ces structures médico-sociales (qui ne correspondait ni aux objectifs ni à la méthodologie de la recherche-action).

5

1.3 - Méthodologie

Le guide méthodologique consiste tout d'abord à « traduire » les enseignements de la recherche-action (CEDIAS - CREAHI Idf) sous forme de **propositions méthodologiques** apportant une aide à l'élaboration d'un projet de service d'accompagnement spécialisé « handicap psychique », sur un territoire donné.

Cette « transformation » des résultats de la recherche en **préconisations techniques** prend en compte les préoccupations des financeurs et promoteurs d'équipements médico-sociaux et sanitaires, ainsi que le contexte réglementaire et les enjeux politiques de ces secteurs d'activité. Cet exercice fait appel à une double expertise du CEDIAS - CREAHI Idf : de recherche d'une part, et de conduite de projets d'autre part (accompagnement des schémas départementaux d'action sociale et médico-sociale, appui à l'élaboration du projet d'établissement ou associatif, diagnostic territorial, expertise sur l'évaluation et les systèmes d'information, etc.).

Il s'agit ensuite de soumettre ce « guide méthodologique » à la critique d'un **comité de pilotage** composé des grandes fédérations/associations spécialisées dans la gestion d'équipements médico-sociaux dédiés à l'accompagnement de personnes en situation de handicap d'origine psychique (Fédération d'aide à la santé mentale Croix marine, AGAPSY, GALAXIE), des réseaux nationaux des CREAI (ANCREAI, CREAI Bretagne et CREAI Aquitaine) et des services d'accompagnement (MAIS), de l'association nationale représentative des familles de personnes souffrant de pathologies psychiatriques (UNAFAM), des Ministères et autres administrations concernées (DGCS, DGOS, ARS, CNSA), d'un Conseil général, d'une MDPH, de la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) et de représentants du secteur psychiatrique (réseau de santé mentale, chef de pôle psychiatrique, représentant du Comité français pour la réhabilitation psychosociale).

Ce comité de pilotage s'est réuni à deux reprises (27 mars 2012 et 21 mai 2012).

Le comité de pilotage a eu pour fonction :

- d'une part, de veiller à une cohérence entre les résultats de la recherche (validés scientifiquement par deux experts de la MIRE) et les propositions méthodologiques ;
- et d'autre part de nuancer, compléter ou préciser certaines analyses ou préconisations au regard de l'expérience et des travaux conduits par chacun de ses membres.

Il ne s'agit pas, dans le cadre de ce comité de pilotage, de produire des préconisations qui seraient hors du cadre de la recherche-action initiale et proviendraient uniquement des réflexions antérieures des participants et/ou de leurs principes d'intervention³. Aussi, ce guide méthodologique n'a pas vocation à reprendre toutes les orientations défendues par chacun des membres du comité de pilotage. De même, ce guide méthodologique n'engage pas les membres du comité de pilotage, dans le cadre de leur fonction institutionnelle ou de représentation associative, dans la diffusion et/ou la mise en œuvre des propositions méthodologiques finalement retenues et validées.

1.4 - Un cadre réglementaire favorisant l'innovation sociale des services d'accompagnement

Les conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement ont été définies légalement, pour la première fois, par le décret n°2005-223 du 11 mars 2005.

Le législateur a choisi volontairement de définir des cadres d'exercice de leur activité de façon suffisamment souple pour laisser ces services continuer à expérimenter de nouvelles pratiques et à s'adapter à de nouveaux besoins. Ce texte législatif n'avait pas pour fonction d'harmoniser les pratiques professionnelles ou de « normer » les modes d'organisation, mais au contraire, de reconnaître officiellement l'éventail des interventions sociales et médico-sociales que ces services étaient susceptibles d'offrir ainsi que la diversité (et donc la richesse) des professionnels pouvant composer leur équipe pluridisciplinaire. En offrant un tel cadre réglementaire, l'objectif était à la fois d'inciter les responsables des politiques publiques et les promoteurs à développer ce type de structures ainsi qu'à légitimer la place des nombreux services existants, souvent innovants et expérimentaux dans leur capacité à s'insérer dans le maillage des ressources territoriales (en répondant notamment aux besoins non satisfaits, souvent « à la marge » ou « dans l'interstice », et à s'appuyer sur les acteurs locaux).

La recherche-action nationale du CEDIAS - CREAHI IdF auprès d'un panel de dix SAVS et SAMSAH (C. Peintre, 2010) a confirmé qu'il n'y avait pas **UNE forme organisationnelle unique adéquate** pour répondre aux besoins d'accompagnement des personnes en situation de handicap d'origine psychique. La « médicalisation » de ces services n'est pas apparue comme une composante indispensable à l'accompagnement de ces publics, tout comme la « spécialisation » de ces services ne renvoie pas à des normes relatives à la qualification du personnel ou à un taux d'encadrement.

Ce sont d'abord **les besoins particuliers** des personnes à qui le projet de service s'adresse, ainsi que **les ressources mobilisables du territoire**, qui vont définir les caractéristiques du cadre d'intervention (modalités d'accompagnement, composition de l'équipe, etc.).

³ Ainsi, la question des étudiants en situation de handicap d'origine psychique n'a pas été traitée dans la recherche-action alors que cette population requiert, selon le comité de pilotage, une attention particulière. Ils font partie des populations qui n'accèdent pas à ces services d'accompagnement, en raison de besoins spécifiques non reconnus (liés au parcours scolaire, correspondant à une étape de vie limitée dans la durée et s'intégrant dans un contexte de vie particulier), d'un rapport au territoire singulier (la domiciliation des étudiants et la localisation de l'Université peuvent être très différentes), ou encore intervenant à un passage charnière entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. La CNSA a fait part, dans le cadre du comité de pilotage d'une expérience en région Ile-de-France qui a abouti à la création d'un SAMSAH dédié à ce public, en extra-territorialité (couvrant plusieurs territoires universitaires).

2 - Quels besoins d'accompagnement repérés sur le territoire ?

Un des principaux résultats de la recherche a consisté à montrer que l'hétérogénéité des services d'accompagnement existants s'expliquait d'abord par des différences observées d'une part en termes de profil de public visé et d'autre part en termes de caractéristiques de l'environnement institutionnel. Ainsi, la définition d'un nouveau projet de service passe nécessairement par une identification des **besoins particuliers** des personnes à qui le projet de service a vocation à s'adresser, ainsi que par un repérage **des dispositifs existants et des partenaires à associer**.

Cette démarche préalable à la définition des modes d'organisation du futur service d'accompagnement, qui s'apparente à un « **diagnostic territorial** », est d'autant plus essentielle que les SAVS et SAMSAH « handicap psychique » occupent une position stratégique sur le territoire, à la croisée des interventions médico-sociales, sanitaires⁴ et sociales.

D'une façon générale, les propositions faites dans le « guide » sont pertinentes et éclairantes d'un point de vue méthodologique pour conduire un diagnostic territorial préalable à la création d'un SAVS ou SAMSAH. Cependant, la mobilisation des acteurs du territoire qu'elle implique, et l'ampleur des actions à mener, interrogent la capacité d'un promoteur (de service d'accompagnement) à conduire une telle démarche, de même que sa **légitimité** à le faire au regard des autres acteurs du territoire.

Les échanges avec le comité de pilotage nous conduisent à penser que le diagnostic du territoire proposé dans ce « guide » se veut davantage comme **une contribution à un diagnostic territorial sur la santé mentale** que l'ARS aurait vocation à piloter, dans le cadre de la préparation des différentes programmations.

Ainsi, ce « guide », ciblé sur la création d'un équipement précis, en appellerait un autre : **le guide méthodologique du diagnostic territorial sur la santé mentale à destination de l'ARS, de la DRJCS et des collectivités territoriales**.

En effet, une démarche de diagnostic territorial partagé ne peut s'organiser que dans le cadre du Projet régional de santé (PRS) prenant en compte les différents schémas départementaux en faveur des personnes handicapées, les plans de santé mentale, les contrats de ville, les différents niveaux d'articulation des financeurs et, au sein de ceux-ci, les différents niveaux de compétences. La place des collectivités territoriales apparaît essentielle dans cette réflexion qui se mène au niveau infra départemental.

Les promoteurs de services d'accompagnement ne peuvent que s'inscrire dans la démarche de diagnostic territorial partagé (et non l'initier et/ou la piloter) et y apporter leur contribution au même titre que les autres acteurs des secteurs psychiatrique, médico-social, social et de droit commun, ainsi que des communes.

Comme le souligne Jean-Yves Barreyre dans un récent article⁵, ce diagnostic territorial partagé devrait déboucher sur des appels à projets transversaux, c'est-à-dire, non pas proposer un cahier des charges ciblé sur un équipement donné, mais viser à développer des réponses articulées à des types de besoins rencontrés par des publics vivant sur le territoire.

Ainsi, **au niveau territorial**, il s'agit de répondre aux questions suivantes :

- Pour un public présentant une situation de handicap d'origine psychique, quels services (de santé, médico-sociaux, sociaux) à créer, à développer, à faire évoluer ou à coordonner, pour permettre :
- le recours effectif et la continuité des soins psychiques et somatiques (ex : partenariat entre un SAVS spécialisé et le CMP pour soutenir la personne dans l'observance de son traitement) ;
- l'accès et le maintien au logement (ex : conventions tripartites entre CMP, bailleur social, SAMSAH, voire service mandataire judiciaire) ;
- etc.

⁴ Se référer notamment dans le rapport de synthèse au chapitre sur l'articulation avec le secteur sanitaire (3.2 / p31-36) ou encore celui sur les équipes ressources (3.4 / p.41-43).

⁵ J.-Y. Barreyre, « Pour une nouvelle économie politique de santé publique 2 - L'exemple de la Psychiatrie et la santé mentale, avril 2012 ».

2.1 - Répondre à des besoins non satisfaits des personnes déjà suivies par le secteur psychiatrique ou médico-social

D'une façon générale, les objectifs qui prévalent à la création des dix services d'accompagnement de la recherche-action du CEDIAS - CREAHI Idf s'inscrivent dans la logique institutionnelle de leur promoteur, en lien avec l'évolution des politiques sociales et dans un souci d'améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap. Pour les services existants, ce sont surtout des militants de l'action sociale, des familles et des professionnels du secteur psychiatrique, qui ont précédé, accompagné, et parfois dépassé l'évolution du cadre réglementaire pour répondre, sur le terrain, à des besoins non couverts au sein des autres structures qu'ils géraient ou pour s'associer aux préoccupations de partenaires.

Ainsi, du côté de la psychiatrie institutionnelle, les SAVS sont venus parfois compléter la gamme des dispositifs susceptibles de contribuer à la réhabilitation psychosociale des personnes nécessitant des soins psychiatriques ambulatoires. Certains services se sont centrés ainsi sur la prévention de l'isolement social et ont cherché d'abord à offrir un espace social protégé, mais non médicalisé, susceptible de constituer un tremplin pour une participation sociale en milieu ordinaire. Ces services d'accompagnement ont alors eu vocation à s'inscrire **en complément ou en aval** des services de prises en charge psychothérapeutiques, organisés notamment sous la forme d'activités de groupe (CATTP, hôpital de jour, club de sociothérapie, etc.).

Toujours du côté de la psychiatrie, le projet de SAMSAH s'est parfois construit dans l'optique d'apporter des **repères au sein du logement** et un appui à l'organisation des activités quotidiennes à des personnes en grande fragilité sociale et psychologique à la sortie d'une hospitalisation psychiatrique.

Pour les associations gérant en partie ou uniquement des structures médico-sociales en faveur de personnes en situation de handicap d'origine psychique, la création d'un SAVS ou SAMSAH spécialisé a pu être motivée avant tout par des besoins d'accompagnement repérés parmi les usagers de leurs autres dispositifs dans la mesure où ces **besoins non satisfaits venaient compromettre la poursuite des soutiens apportés**. Ainsi, le projet d'un des SAMSAH de la recherche-action du CEDIAS - CREAHI Idf a été initié suite à des besoins d'accompagnement dans la vie quotidienne constatés parmi les travailleurs de l'ESAT « handicap psychique » de l'association et auxquels l'équipe n'avait ni la légitimité ni les moyens de répondre, et ce malgré des répercussions majeures sur l'absentéisme et les relations professionnelles.

Pour des associations de familles, le projet du service a pu reposer prioritairement sur le souhait des parents de pouvoir proposer à leur enfant un **appui à la formalisation et la mise en œuvre d'un projet résidentiel** personnel et adapté, en privilégiant un accompagnement qui organise et supervise des prestations d'aide à domicile et qui valorise le rôle des aidants familiaux.

Enfin, pour d'autres services, leur création est la conjonction de l'initiative de plusieurs instances (ou groupes d'acteurs) dont les préoccupations se sont rejointes sur la nécessité d'apporter des modalités de soutien à la vie quotidienne et à l'insertion sociale pour des personnes présentant un handicap d'origine psychique. Cette volonté commune, qui a pu émerger dans le cadre de travaux préparatoires à l'élaboration du schéma départemental, d'un état des lieux à l'échelle d'une communauté d'agglomération ou encore pour répondre à une commande spécifique initiée par la DDASS (aujourd'hui l'ARS) et un CHS, a permis souvent de faire avancer plus vite la réflexion et surtout de concrétiser le projet, sans pour autant que les caractéristiques du public visé et/ou les modalités d'intervention et de partenariat n'aient toujours été préalablement partagées et précisément définies (générant alors a posteriori des tensions ou des difficultés de remplissage).

1^{ère} proposition : partir d'un diagnostic territorial partagé.

Définir les objectifs et missions d'un service d'accompagnement à partir d'un diagnostic territorial partagé **des besoins non satisfaits sur le territoire, des ressources disponibles** et de leurs articulations.

2.2 – S’inscrire dans une stratégie globale d’intervention (et non dans une logique de filière ou de réponse « globalisante »)

Les résultats de la recherche-action et l’esprit des nouvelles lois médico-sociales et sanitaires (2002, 2005 et 2009) montrent qu’il s’agit moins que jamais pour les dispositifs de prétendre répondre à TOUS les besoins des personnes qu’elles accompagnent et/ou de s’inscrire dans une filière de prise en charge déterminée (les situant systématiquement en amont ou en aval d’un établissement ou d’un service).

Or, la tendance « naturelle » de toute institution (médico-sociale comme psychiatrique) est de vouloir compenser l’absence de certains équipements pour faire face aux besoins non satisfaits des personnes qu’elle accompagne (que ces besoins soient actuels ou à certaines étapes de leur parcours de vie). Ainsi, un ESAT va créer un service d’accompagnement pour soutenir les travailleurs dans leur vie quotidienne et lever les difficultés qui, dans leur vie personnelle, viennent impacter leur rapport au travail (absentéisme, problème de motivation, problèmes relationnels avec les autres travailleurs ou le personnel d’encadrement). De même, un secteur psychiatrique peut ouvrir un SAMSAH dans la perspective de proposer des formules de logements accompagnés en direction des patients sortant d’hospitalisation au long cours.

S’il s’agit, pour chaque acteur intervenant auprès de la personne en situation de handicap d’origine psychique, de prendre en compte ses besoins et attentes dans tous les domaines de vie, **la stratégie globale d’intervention consiste en la mise en place de diverses réponses articulées issues de l’espace partagé de santé publique.** « Prendre en compte » ne signifie pas « répondre », mais implique de chercher, parmi les ressources du territoire, des acteurs susceptibles de contribuer à satisfaire aux besoins repérés et aux demandes énoncées par la personne.

Si l’approche est globale, les actions mises en place ne relèvent pas d’une institution unique, sous peine de confondre les registres et les espaces d’intervention, ou encore les objectifs fixés (et en particulier de compromettre les distinctions fondamentales pointées dans la recherche entre les soins et l’accompagnement social).

Sans une différenciation claire des modes de soutiens, la réponse « globalisante » risque de priver la personne en situation de handicap d’origine psychique de **sa posture de sujet de droit**, qui co-construit les réponses, se saisit ou non des possibilités offertes et a la possibilité de s’échapper de certaines relations d’aide et d’en investir d’autres.

Cette « indépendance » du projet institutionnel du SAVS/SAMSAH à l’égard d’autres institutions (dont les actions sont complémentaires, à un instant T ou dans la dynamique du parcours de vie) est d’autant plus fondamentale que ces services ont d’abord vocation à ouvrir des perspectives de vie et à aider la personne à faire des choix (et donc à élaborer un projet de vie). Même si l’un des principaux moyens de reconquérir sa capacité à décider et à agir consiste à développer les habiletés sociales indispensables à une vie autonome dans la Cité, l’objectif premier des services d’accompagnement n’est ni la réalisation effective d’activités ou l’investissement de rôles sociaux déterminés (entretenir son logement, travailler, etc.), ni l’amélioration de sa santé. L’action du service d’accompagnement va contribuer, comme les autres interventions sociales et sanitaires, au processus de rétablissement de la personne, en agissant d’abord sur la capacité de la personne à créer du lien social et à s’autodéterminer⁶.

2^{ème} proposition : mobiliser l’ensemble des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire.

Concevoir un diagnostic territorial partagé **qui engage l’ensemble des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire** et porte ainsi moins sur les insuffisances d’une institution particulière à répondre à certains besoins de leur « public » que sur une évaluation partagée des besoins de la population en situation de handicap d’origine psychique sur un territoire donné.

⁶ Se référer notamment dans le rapport de synthèse au chapitre sur la place citoyenne de la personne (3.1).

2.3 – Contribuer à une fonction de veille sur le territoire

Si tout projet part forcément d'un premier repérage, par un professionnel ou une institution, à un temps T, de certains besoins non satisfaits, la formalisation du projet devra s'appuyer nécessairement sur une **évaluation partagée** des besoins par les différents acteurs du territoire susceptibles de participer à l'accompagnement des personnes rencontrant ce type de besoins (sachant que tous ont en commun des besoins en termes de suivi psychiatrique).

D'autant que, comme le souligne souvent l'UNAFAM, de nombreuses personnes présentant un handicap d'origine psychique restent à **l'écart** (provisoirement ou durablement) de toutes les institutions, dans une grande précarité sociale et une forte souffrance psychique. Les besoins de ces publics émergent ainsi souvent en marge des différents dispositifs, parfois dans l'urgence, et s'avèrent généralement insuffisamment traités.

Pourtant, la recherche-action du CEDIAS - CREAHI IdF a montré que certains services d'accompagnement étaient en mesure de développer des modes d'intervention susceptibles **d'aller au devant** des personnes les plus isolées pour établir un lien et « accrocher » une relation sur laquelle pourra être bâti un premier accompagnement.

D'une façon générale, c'est une action de veille que l'on pourrait qualifier de « veille citoyenne » sur le territoire, assurée par les différents acteurs, qui serait la plus à même d'offrir à la personne en situation de handicap d'origine psychique **autant d'entrées possibles vers un suivi adapté** (qui a vocation à articuler à terme des soins et différents soutiens sociaux et/ou médico-sociaux).

Cette veille (qui se réfère à la « bienveillance » et non à la « surveillance »), susceptible d'être préconisée quel que soit le public visé par des actions de santé publique au sens large, est d'autant plus nécessaire pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique qu'elles ont souvent une perception différente de la réalité sociale (par exemple dans leur représentation relative à l'entretien de leur logement, à l'activité professionnelle, à l'hygiène personnelle), des difficultés à prendre des initiatives et à maintenir des liens sociaux sur la durée. Ces caractéristiques propres à la pathologie psychiatrique induisent ainsi une fréquence plus importante, pour cette population, de la **non-demande** (sur une ou plusieurs dimensions de vie) et des **ruptures** dans le parcours de vie (en termes de soins, d'accompagnement social, de logement, de vie familiale et affective, etc.).

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

Cette fonction de veille citoyenne **a vocation à être portée par tous les acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux, associatifs et institutionnels**, y compris par les personnes elles-mêmes (dans les relations qu'elles entretiennent avec les pairs, au GEM ou dans les activités collectives des SAVS), **aux différents niveaux de responsabilité** et à **différentes échelles du territoire** (mairies, conseil général, conseil régional, ARS, Ministères, etc.), et en particulier par les instances de concertation et de coordination telles que les contrats locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale, les réseaux, les équipes de liaison et les « cellules de veille sociale », les ateliers santé ville, etc.

Enfin, participer à cette fonction de veille exige également pour chacun des acteurs d'adopter une **posture différente dans une logique de coopération**. Il ne s'agit pas de se limiter à répondre exclusivement aux missions confiées à son institution de rattachement, mais au contraire de prendre la mesure de son inscription dans un dispositif plus large qui doit pouvoir répondre aux besoins globaux des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Cette coopération passe ainsi par un travail avec des acteurs de champs de compétence aussi variés que nécessaire, tout en respectant les liens premiers que chaque personne aura développés avec certains d'entre eux (et notamment qui ont constitué « la porte d'entrée » vers un accompagnement adapté). **La fonction de veille citoyenne renvoie tant à la transformation des pratiques qu'à l'évolution des logiques dans l'organisation des services rendus.**

3^{ème} proposition : une veille citoyenne territoriale.

Prévoir un diagnostic territorial partagé, dynamique et continu, afin de prendre en compte l'évolution des besoins en fonction des réponses apportées et d'assurer ainsi une fonction de veille citoyenne territoriale dont chacun des acteurs serait partie prenante.

2.4 – Contribuer à une évaluation partagée des besoins

Concrètement, la perspective de créer un SAVS ou un SAMSAH « handicap psychique » conduira à confronter les points de vue des structures sociales, médico-sociales et sanitaires à partir d'une **grille de lecture commune** des situations de vie, qui part des besoins singuliers des personnes en situation de handicap d'origine psychique et de l'expression de leurs attentes **dans les différents domaines de vie** (santé psychique et somatique, vie sociale et familiale, habitat, vie quotidienne, gestion administrative et financière, activité professionnelle, etc.). Cette réflexion devra prendre en compte non seulement la **variété** des besoins mais aussi leur **variabilité** dans le temps, et en particulier tout au long du parcours de vie.

Si cette trame commune dans l'identification des besoins des personnes ciblées par l'évaluation est **à construire**, sur chaque territoire et avec les acteurs impliqués, la recherche-action du CEDIAS - CREAHI Idf donne cependant des pistes sur les questionnements à soulever, par grand domaine de vie (des principes méthodologiques sont présentés dans ce guide mais sans aller jusqu'aux outils et aux procédures).

Les « catégories » de besoins listés ci-dessous permettent d'explorer les principales caractéristiques des situations de vie auprès desquelles le futur service d'accompagnement aurait vocation à s'adresser, sachant qu'une partie des besoins et attentes repérés peut relever de l'action d'autres dispositifs (secteurs psychiatriques, services mandataires judiciaires, services sociaux, GEM, etc.). En effet, l'évaluation des besoins, comme la mise en œuvre de la stratégie globale d'intervention permettant d'y répondre, est basée sur une approche situationnelle qui ne réduit pas l'environnement de la personne à celui des institutions qu'elle fréquente.

Cette évaluation partagée des différentes situations individuelles rencontrées sur un territoire donné est basée sur les mêmes principes méthodologiques que l'évaluation **individuelle** proposée par la MDPH (et s'appuyant sur le guide d'évaluation multidimensionnelle des besoins de compensation – GEVA) : approche situationnelle, multidimensionnelle, interactive (ou dynamique) et partagée.

11

Santé psychique

- Besoin d'accéder aux soins psychiatriques (hospitalisation, activités thérapeutiques, consultation, ateliers spécifiques⁸, etc.)
- Besoin de veiller à la continuité des soins psychiatriques (observance du traitement médicamenteux, régularité des consultations et de la participation aux activités thérapeutiques, etc.)
- Besoin de repérer et de signaler une aggravation des troubles psychiques susceptibles de conduire à une hospitalisation psychiatrique
- Besoin de prendre en compte des problèmes d'addiction (alcool, drogue)
- Besoin d'aide pour connaître et comprendre les différentes modalités de soins existantes (pour lever des représentations négatives, être acteur de sa santé, etc.).

Santé somatique

- Besoin d'identifier les troubles, d'interpréter les plaintes somatiques et de faire émerger des demandes de soins
- Besoin de prendre les rendez-vous médicaux, de préparer les conditions de l'accueil dans les lieux de consultations ou d'examen, d'accompagner physiquement la personne et de faciliter la compréhension des indications thérapeutiques et des protocoles de soins
- Besoin d'accéder à la prévention et au suivi en termes de santé courante (médecin traitant, dentiste, etc.)

⁷ La liste ci-dessous propose les différents domaines de vie susceptibles d'être explorés, sachant qu'il s'agira ensuite d'approfondir les domaines les plus pertinents en fonction des spécificités du territoire et du projet de service.

⁸ Ainsi, dans la recherche-action, un service d'accompagnement a évoqué les difficultés pour mettre en place des soins et rééducations adaptés aux problèmes neurologiques consécutifs à l'alcoolisme.

- Besoin de soins infirmiers et de coordination des soins pour des **personnes atteintes de maladies graves et/ou chroniques**.

Vie sociale

- Besoin d'un premier lien social pour des personnes très isolées, sans aucun suivi médical ni social (recluses dans leur logement, vivant dans un habitat précaire, etc.)
- Besoin d'aide pour maintenir une relation individuelle avec un professionnel dans la durée et faire émerger des demandes (projet de vie)
- Besoin d'aide pour communiquer avec les personnes présentes dans l'environnement
- Besoin de médiation pour établir et maintenir des liens avec les pairs
- Besoin d'incitation pour initier toute activité extérieure au logement
- Besoin d'appui pour accéder aux dispositifs de droit commun et développer une vie citoyenne (favoriser la prise de parole, l'exercice du choix, etc.).

Vie familiale et affective

- Besoin d'aide pour soutenir et/ou réactiver des liens familiaux fragilisés par les différents événements du parcours de la maladie et de la trajectoire de soins
- Besoin d'aide pour une plus grande autonomie vis à vis du soutien familial (travailler sur les liens d'interdépendance entre les membres de la famille)
- Besoin d'aide pour recréer et/ou maintenir les liens de filiation avec ses enfants (notamment quand les enfants ne vivent pas avec la personne)
- Besoin de médiation pour les relations de couple (espace tiers d'écoute et de conseils)⁹
- Besoin d'aide à la parentalité
- Besoin d'accompagnement des enfants d'un parent en situation de handicap d'origine psychique
- Besoin d'aide aux aidants familiaux (répit, écoute, formation, etc.).

12

Habitat et vie quotidienne

- Besoin d'accéder à un logement adapté (logement personnel, maison relais, résidence sociale, résidence-accueil, etc.)
- Besoin de sollicitation ou de repères pour investir son logement
- Besoin d'une aide humaine régulière pour éviter l'incurie du logement
- Besoins d'aide pour assurer une hygiène personnelle dans le respect du rapport à soi et aux autres
- Besoin d'aide pour faire ses courses et prendre des repas répondant aux besoins nutritifs nécessaires à la santé
- Besoin d'aide pour se déplacer physiquement dans les différents espaces (et notamment de soutien) : prise des transports en commun, déplacement à pied, etc.

Gestion administrative et financière

- Besoin de protection juridique (le plus souvent curatelle) et/ou de médiation avec le service mandataire judiciaire
- Besoin d'aide pour établir ou maintenir des droits (gérer notamment les prestations passant par une demande MDPH, assurance maladie, pension d'invalidité, etc.)
- Besoin d'aide administrative et budgétaire (anticiper les échéances, classer, remplir et envoyer les documents, réaliser des dépenses à hauteur de ses ressources, etc.)

⁹ Dans la recherche-action, ce soutien a été rarement apporté par un service d'accompagnement car la majorité des personnes accompagnées ne vivaient pas en couple. En revanche, des attentes ont été souvent exprimées par les personnes en situation de handicap d'origine psychique en termes de vie affective et sexuelle. En France, de plus en plus d'initiatives voient le jour concernant cette thématique.

Projet professionnel et activités d'utilité sociale

- Besoin de prise en compte de la demande de travail exprimée par la personne, quelles que soient ses possibilités d'insertion professionnelle du moment, afin de l'intégrer dans le projet global d'accompagnement
- Besoin d'aide pour élaborer un projet professionnel et expérimenter des mises en situation dans des environnements diversifiés
- Besoin d'aide pour faire émerger ou recouvrir des potentialités soutenables en matière d'activité professionnelle et/ou **d'utilité sociale**
- Besoin d'aide pour maintenir la personne dans son emploi
- Besoin d'aide pour changer d'emploi (le plus souvent de structure de travail protégé).

4^{ème} proposition : un outil territorial partagé d'évaluation des besoins individuels.

Les promoteurs de SAVS et SAMSAH spécialisés utilisent l'outil territorial partagé d'évaluation des besoins individuels des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Cet outil territorial partagé, co-construit et utilisé par l'ensemble des structures sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire, part des besoins singuliers des personnes en situation de handicap d'origine psychique et de l'expression de leurs attentes dans les différents domaines de vie (santé psychique et somatique, vie sociale et familiale, habitat, vie quotidienne, gestion administrative et financière, activité professionnelle, etc.). Il s'agit de mener une même démarche d'évaluation des besoins d'une population au niveau d'un territoire, à partir de la déclinaison et du partage des pratiques d'évaluation des besoins individuels réalisées par chacun des acteurs.

13

2.5 – Connaître les ressources mobilisables

Pour envisager des réponses aux besoins ainsi identifiés, encore faut-il connaître les réponses déjà existantes, leur organisation et leurs limites. Ainsi, l'élaboration d'un projet de service d'accompagnement passe par le développement d'une **interconnaissance** entre les différents acteurs concernant leurs missions respectives ainsi que les principes et les modalités d'intervention mis en œuvre (Qui fait Quoi ? Pour répondre à Quels besoins et Comment ?).

Le promoteur d'un service d'accompagnement a ainsi vocation à rencontrer et à échanger avec tous les acteurs, présents sur un territoire donné, susceptibles de participer à la stratégie globale d'intervention développée pour chaque personne en situation de handicap d'origine psychique nécessitant le recours à un service d'accompagnement.

Cette interconnaissance pourrait être notamment capitalisée par l'élaboration d'un **annuaire électronique sanitaire, médico-social et social**, compréhensible par tous et présentant les différentes modalités d'intervention, avec une responsabilisation des établissements et services dans sa mise à jour, par la mise en place de réunions partenariales régulières, etc.

5^{ème} proposition : une analyse concertée des services rendus.

Le diagnostic territorial partagé s'appuie notamment sur **une analyse concertée des services rendus par chacune des ressources disponibles sur le territoire**, en tenant compte des modes d'articulation entre elles pour assurer une cohérence et une continuité des réponses.

2.6 – Faire le choix du territoire du service d'accompagnement spécialisé et des acteurs à associer

Le territoire de référence et la liste des acteurs à associer dans le cadre du projet de création d'un service d'accompagnement ne peuvent être déterminés strictement en amont de l'ouverture du service car ils seront définis d'abord selon le « plan personnalisé de soins et d'autonomie »¹⁰ bâti pour chaque situation accompagnée par le service (lui même élaboré à partir des besoins et attentes des personnes et en fonction des ressources mobilisables).

Cependant, certains critères sont à prendre en compte :

- L'accès géographique au service (proximité et/ou transports en commun) doit être facile pour les personnes accompagnées qui souhaitent bénéficier de certaines modalités d'intervention : accueil libre, ateliers collectifs, moments conviviaux, etc.
- Le secteur psychiatrique est un acteur incontournable, chaque personne accompagnée bénéficiant de soins (sachant qu'une minorité d'entre elles a recours à la psychiatrie libérale). Il s'agira notamment de prendre en compte la démographie médicale en psychiatrie (très différente d'un territoire à l'autre, y compris dans le même département ou la même région), dans la mesure où celle-ci peut constituer un levier d'alliance entre les acteurs ou au contraire constituer un obstacle majeur au développement de relations partenariales.
- La configuration de l'habitat est plus ou moins propice à la présence de personnes en situation de handicap d'origine psychique auprès desquelles le service interviendra (logements sociaux, résidences sociales, maisons relais, etc.).
- Les territoires d'intervention des SAVS et SAMSAH « handicap psychique » déjà existants sont à prendre en compte dans la perspective d'assurer un maillage du territoire (le futur service ayant ainsi vocation à intervenir prioritairement sur des zones géographiques dépourvues de services d'accompagnement spécialisés, voire de tout service d'accompagnement).
- La MDPH, lieu de repérage des besoins et acteur pivot dans l'accès aux moyens de compensation, peut donner des indications précieuses sur les types de situations de handicap d'origine psychique existants sur le département et pour lesquelles les réponses à apporter restent insuffisantes¹¹.
- Les associations représentant les familles et/ou les personnes en situation de handicap d'origine psychique (UNAFAM, FNAPsy, Advocacy, les GEM, les Club House, etc.) ont généralement une bonne connaissance des besoins et ressources au niveau local, notamment par leur participation aux conseils communaux d'accessibilité des villes, à la CDAPH, et par leur action auprès de leurs adhérents (groupes de parole, groupes de travail thématiques, permanences d'accueil, etc.).
- Les instances de concertation et de coordination (les contrats locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale, les ateliers santé ville, les réseaux, les équipes de liaison, les « cellules de veille », etc.) portent généralement un intérêt particulier aux publics « à la marge » des différentes institutions et sont au cœur d'une démarche partenariale.

14

6^{ème} proposition : tenir compte des caractéristiques de l'environnement dans le choix du territoire d'intervention du service d'accompagnement.

Définir le choix du territoire d'intervention à partir d'une analyse partagée de la couverture des besoins en tenant compte des configurations géographiques, de l'aménagement du territoire, de l'accessibilité des services de droit commun, de l'offre de logement, de l'équipement sanitaire (dont l'offre de santé mentale), de l'équipement médico-social et social.

¹⁰ Dans le cadre d'une politique de santé publique qui répond aux principes architectoniques des lois de 2005 (loi handicap) et 2009 (loi HPST) et qui prend ainsi en compte à la fois le parcours de soins et le parcours de vie de la personne.

¹¹ Même si, en l'absence d'un système d'information opérationnel au sein des MDPH, l'estimation des besoins ne peut être pour l'instant précisément quantifiée. Il reste que les équipes pluridisciplinaires sont confrontées quotidiennement à ces situations de vie, une partie des personnes en situation de handicap d'origine psychique faisant l'objet d'un entretien à la MDPH avec un psychiatre (en particulier au moment d'une première demande d'AAH) et/ou d'une visite à domicile pour les demandes de PCH. De plus, certaines MDPH portent une attention particulière à ces publics en mettant en place des procédures spécifiques d'examen de ces situations.

Les **acteurs à associer** appartiennent à un spectre très large, dans la mesure où ces services se trouvent à la croisée des interventions sociales, médico-sociales et sanitaires et ont notamment pour objectif d'inscrire la personne dans un milieu de vie ordinaire. Ainsi, les dispositifs **spécialisés** comme ceux relevant du **droit commun** constituent des partenaires potentiels.

Le repérage des acteurs à mobiliser ne peut être dissocié de l'analyse des besoins par **domaine de vie** évoquée précédemment. Le promoteur va émettre des hypothèses sur les types de dispositifs susceptibles de répondre à chaque catégorie de besoins (sans omettre un seul domaine de vie¹²) et les vérifiera en associant ensuite chacun d'entre eux à cette analyse des besoins et en les invitant à présenter leurs actions et leurs attentes.

Cette démarche « d'évaluation des besoins » et « d'état des lieux des ressources mobilisables » peut se nourrir de travaux déjà réalisés (ou en cours) animés par les décideurs des politiques publiques : groupes de travail du schéma départemental, réflexion d'une agglomération de communes sur la politique de santé mentale, axe de travail d'un conseil local de santé mentale, ateliers santé ville, etc.

Cependant, si les constats et préconisations recueillis dans ce cadre sont précieux, ils ne sont pas pour autant suffisants pour élaborer le projet d'un service d'accompagnement. En effet, il s'agit de construire un projet cohérent dont les différentes modalités d'intervention, en articulation avec l'action des **autres** partenaires, pourront répondre à un ensemble de besoins précis, et ce dans la perspective de situations inscrites dans un parcours de vie (et donc évolutives, que ce soit en termes d'intensité de l'accompagnement, de diversité des réponses ou de passerelles avec d'autres dispositifs).

A titre d'illustration, les **partenaires potentiels** du futur service d'accompagnement par domaine de vie, peuvent être les suivants :

Santé psychique

- Secteurs psychiatriques (CMP, CATTP, hôpital de jour, lits d'hospitalisation, etc.)
- Psychiatres libéraux
- Centres de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Santé somatique

- Médecins généralistes
- Médecins spécialisés
- Centres municipaux de santé
- Hôpitaux généraux
- Dentistes
- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), infirmières libérales

Vie sociale

- Groupe d'entraide mutuelle (GEM)
- Centres d'animation culturelle
- Associations culturelles et sportives
- Mission « handicap » des Mairies

Vie familiale et affective

- Services de la protection de l'enfance (Conseils généraux et associations)
- Services de planification familiale
- Service de médiation familiale

¹² Sachant que la recherche-action a montré que les demandes liées au travail étaient fréquentes parmi ce public mais souvent insuffisamment traitées par les services d'accompagnement qui ne se considéraient pas compétents et/ou n'avaient pas trouvé les relais adaptés. Une des préconisations issues de la recherche étant de prendre en compte toute demande liée au travail, quelles que soient les capacités de la personne, dans la mesure où ce type de demande peut jouer un rôle moteur dans le processus de rétablissement de la personne.

Habitat et vie quotidienne

- Bailleurs sociaux
- Services sociaux (du Conseil général, des CCAS, etc.)
- Résidences sociales, Maison-relais, résidence-accueil, CHRS
- Services d'aide à domicile
- Dispositifs sociaux d'accompagnement et d'aide liés au logement (FSL, etc.)

Gestion administrative et financière

- Services mandataires judiciaires de la protection des majeurs

Projet professionnel et activités d'utilité sociale

- Services spécialisés dans l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap d'origine psychique (structures de transition, dispositif d'insertion en milieu ordinaire, dispositif passerelle, SAMET, etc.)
- Services de médecine du travail
- PRITH et services de la DIRECCTE
- Etablissements et services d'aide au travail (ESAT), Entreprises adaptées (EA), Entreprises d'insertion (EI)
- Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré orientation (CPO)

7^{ème} proposition : les acteurs à associer.

16

Les acteurs à associer pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap d'origine psychique relèvent à la fois **du droit commun** et des **différents secteurs spécialisés** des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales. La stratégie d'intervention d'un service d'accompagnement est transversale aux différentes structures de services publics du territoire d'intervention.

3 - Les composantes de l'action du service d'accompagnement

Les résultats de la recherche-action, conduite par le CEDIAS - CREAHI Idf en 2009/2010, à partir d'une analyse comparée de dix services d'accompagnement existants et de leurs partenaires, permettent de donner des pistes sur les conditions à réunir pour proposer un accompagnement **le plus adapté possible** aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap psychique. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, ce sont d'abord les besoins des publics auxquels le service choisira de s'adresser et la mobilisation possible des partenaires locaux qui détermineront précisément le projet de service et son évolution.

Cependant, à un niveau de considération plus général, des préconisations peuvent être avancées, à partir des enseignements de la recherche, sur les composantes de l'accompagnement qu'il apparaît souhaitable de mettre en place, en référence notamment à la « spécialisation » attendue de ces structures et à la « médicalisation » qui est censée spécifier le statut et le financement particulier des « SAMSAH ».

3.1 – Les missions

Comme pour tout service d'accompagnement, les SAVS et les SAMSAH « handicap psychique » partagent au minimum une approche individualisée de l'accompagnement des personnes visant à développer leur autonomie dans la vie quotidienne et à favoriser une meilleure participation sociale, en les soutenant notamment dans l'élaboration de leur projet de vie ; rejoignant ainsi la définition des missions dévolues aux services d'accompagnement telles que définies par le décret n°2005-223 du 11 mars 2005 (Art. D. 312-155-5.) :

« Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la **réalisation du projet de vie** de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant **le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité** ».

Vie relationnelle, sociale et citoyenne

Les effets de la maladie psychique impactant d'abord la relation aux autres, jusqu'à l'isolement total dans certains cas, c'est d'abord la recherche d'une possible rencontre avec la personne qui mobilise les services. La majorité des personnes accompagnées par les services ayant participé à la recherche-action, rencontraient des difficultés majeures pour créer des liens avec leur environnement et/ou les maintenir dans la durée, et s'inscrivaient peu (ou de façon très ponctuelle) dans des rôles sociaux.

Une des différences observées dans la recherche-action entre SAVS et SAMSAH porte sur **ces niveaux de potentialités dans les interactions sociales**. Les SAMSAH ont tendance à intervenir auprès des personnes les plus isolées, pour lesquelles « l'accrochage de la relation » nécessitera un tissage très progressif du lien et s'appuiera souvent sur une lecture clinique de la situation par les professionnels de l'équipe issus du secteur psychiatrique (le plus souvent des infirmiers ou psychologues).

Dans les SAVS, même si la spécialisation du projet porte également sur la capacité de l'équipe à maîtriser en permanence tous les registres relationnels pour susciter et maintenir le lien, les publics suivis présentent de meilleures compétences en termes de communication et d'échange. Ainsi, la définition de leurs missions mettra davantage l'accent sur le développement d'une **vie sociale et citoyenne**. L'objectif recherché, au-delà de la rencontre avec le ou les professionnels de l'équipe, sera ainsi de permettre à la personne de prendre la parole en tant que sujet (exprimer son point de vue, prendre sa place et poser ses choix)¹³ et de construire des « perspectives réciproques » avec son entourage, élargissant ainsi son réseau de relations. Les missions inscrites dans le projet de service des SAVS rencontrés ont comme objectif d'offrir un « lieu de resocialisation qui constitue un tremplin pour la vie autonome », de « permettre une citoyenneté active », de « redonner un sentiment d'utilité sociale » ou encore de proposer « un lieu permettant d'enrichir leur vie relationnelle ». Ainsi, pour des SAVS « handicap psychique », cette dimension a vocation à occuper une place particulière dans les objectifs visés par l'accompagnement, et s'appuie notamment sur **des activités de groupe**.

¹³ Posture citoyenne qui, de fait, génère une prise de risques pour la personne et les professionnels qui l'accompagnent.

8^{ème} proposition : définition des missions du service d'accompagnement relatives au domaine « vie relationnelle, sociale et citoyenne »

- Privilégier le SAMSAH pour les personnes les plus isolées et les plus en difficulté dans les interactions sociales ; l'objectif principal étant l'établissement d'un lien de confiance et d'une relation durable avec un professionnel.
- Pour les SAVS, mettre l'accent sur le développement d'une vie sociale et citoyenne : exprimer son point de vue, poser ses choix, partager des activités avec des pairs, élargir son réseau social.

Santé

Dans le décret du 11 mars 2005, la « santé » n'est jamais mentionnée dans la mesure où cette notion, prise au sens de l'OMS, correspond à une définition très large qui renvoie non seulement à un état physique et mental mais aussi aux conditions sociales de vie¹⁴.

Aussi, seules les prestations de **soins** sont décrites et concernent **uniquement** les services d'accompagnement **médico-social** (sous-paragraphe 2 du décret).

Pour les SAVS, seul le suivi psychologique est inclus parmi les registres d'intervention (au côté d'une aide à la réalisation des activités de la vie domestique et sociale, du soutien aux relations avec l'environnement familial et social, d'un appui à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle et du suivi éducatif). Cependant, les actions des soignants font partie « des actions des différents intervenants » que les SAVS peuvent **suivre** et **coordonner**¹⁵.

Pour les SAMSAH, le décret définit trois types de prestation de soins :

- la dispensation de soins médicaux et paramédicaux ;
- la coordination des soins ;
- un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre.

Pour l'ensemble des services d'accompagnement retenus par la recherche, y compris les services non médicalisés et généralistes, la santé apparaît comme un domaine de vie auquel est accordée une attention particulière, bien au-delà de la simple coordination des suivis médicaux et paramédicaux existants ; même si pour les SAVS rencontrés, leur projet ne le mentionne pas explicitement.

... psychique

Un des premiers résultats de la recherche consiste à poser les soins et l'accompagnement médico-social comme deux démarches **complémentaires** et non subsidiaires.

Qu'ils posent ou non officiellement le suivi psychiatrique comme pré-requis à l'accompagnement, l'inscription dans une démarche de soin, durable et adaptée, est le premier objectif des services, dans l'accompagnement qu'ils proposent, dès lors qu'ils s'adressent à un public en situation de handicap psychique (qu'il s'agisse d'ailleurs de SAVS spécialisés, de SAMSAH, voire de services « généralistes » dont une partie du public correspond à ce profil).

Cette attention particulière se traduit pour **tous** les services d'accompagnement par une **fonction de veille à la continuité des soins** et de « 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 de la participation aux activités psychiatriques mises en place, que sur le repérage et le signalement d'une aggravation psychique susceptible de conduire à une ré-hospitalisation.

Aussi, la création d'un service d'accompagnement s'adressant à des personnes en situation de handicap d'origine psychique (SAVS ou SAMSAH) **ne peut s'envisager que dans le cadre d'une psychiatrie de secteur à même d'exercer toute sa mission**, notamment dans le cadre d'actions

¹⁴ La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

¹⁵ « Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants » fait partie de la liste des prestations que les SAVS peuvent organiser et mettre en œuvre – c) de l'Art. 312-155-6.

partenariales (par exemple, en facilitant l'accès à des activités thérapeutiques et à une hospitalisation de façon précoce sans attendre que la situation ne se dégrade, en poursuivant le suivi psychiatrique, en participant à des réunions de synthèse pour ajuster la stratégie globale d'intervention, etc.).

Si l'un des axes importants de l'intervention des SAVS et des SAMSAH porte sur la poursuite d'un parcours de soins adapté, les SAMSAH, par la plus grande pluridisciplinarité de leur équipe et par les connaissances cliniques dans le champ de la santé mentale de certains de leurs membres (psychiatre, psychologue, infirmier), semblent a priori mieux « outillés » que les SAVS pour s'adresser à **un public en rupture de soins psychiatriques** (admission non soumise à l'existence d'un suivi psychiatrique), voire pour lequel la maladie n'a jamais été diagnostiquée et qui refuse tout contact avec le secteur psychiatrique.

Pourtant, seul un SAMSAH, parmi les dix services de la recherche-action conduite par le CEDIAS - CREAHI IdF, avait développé cette mission *d'accès aux soins* au sein de son projet institutionnel, qui comprend à la fois une fonction de diagnostic et la délivrance provisoire de prestations de soins (médicaments, consultations). D'ailleurs, les partenaires des secteurs psychiatriques rencontrés se sont dits favorables au développement de cette mission pour atteindre une population en polyprécarité, extrêmement vulnérable et en détresse psychique, restée à l'écart des soins. Pour ce public spécifique, l'objectif du service d'accompagnement reste le même : inscrire la personne dans une vie en milieu ordinaire, en partant de ses demandes, dans un objectif citoyen ; les soins correspondant à une démarche thérapeutique a minima dans le seul but de favoriser le relais vers le secteur psychiatrique le plus tôt possible et de lever ainsi des obstacles majeurs à l'accompagnement médico-social.

Cependant, cette mission qui consiste à aller au devant de publics « laissés à la marge des différentes institutions » ne peut concerner qu'une part minoritaire des personnes accompagnées par un SAMSAH, et doit donner lieu à un conventionnement entre la psychiatrie, le SAMSAH, l'ARS, le Conseil général, la MDPH, les collectivités locales. Cette convention explicitera l'articulation et les conditions de partenariat autour de cette mission où il s'agira de prendre en compte les besoins de ces publics et de rendre compte des actions menées par les différents acteurs impliqués. Le partage de cette mission de santé publique sur un territoire doit être défini, aussi bien dans le diagnostic territorial partagé préalable à la création des dispositifs, que dans l'élaboration de conventions institutionnelles, ou encore dans le processus d'accompagnement (qu'il se situe en amont ou en aval des soins). Les budgets alloués par les financeurs doivent tenir compte de la spécificité des besoins de cette population en polyprécarité.

Enfin, les addictions (et tout particulièrement l'alcoolisme) sont apparues comme un problème touchant une proportion importante des personnes accompagnées (aussi bien en SAVS qu'en SAMSAH) mais insuffisamment pris en compte par le projet de service (réflexion non formalisée, partenaires non identifiés, etc.).

9^{ème} proposition : définition des missions du service d'accompagnement relatives au domaine de vie « Santé psychique »

- Instaurer **un partenariat incontournable avec le secteur psychiatrique** pour veiller à la continuité (ou à la mise en place) du parcours de soins. La création d'un service d'accompagnement en faveur des personnes en situation de handicap d'origine psychique est **conditionnée** à la mobilisation du ou des secteurs psychiatriques autour des personnes accompagnées par le service.
- Pour les SAMSAH spécifiquement : la plus grande pluridisciplinarité de l'équipe professionnelle et les connaissances cliniques de certains de ses membres sont susceptibles d'être plus à même de s'adresser à un public en rupture de soins psychiatriques. Si le SAMSAH souhaite consacrer une partie de son activité à une population en polyprécarité restée à l'écart des soins, il s'agira d'établir une convention entre le service d'accompagnement, les secteurs psychiatriques et les financeurs (ARS et conseil général) portant sur les conditions du partage de cette mission de santé publique d'accès aux soins.
- Une réflexion sur la prise en compte des **addictions** (et en particulier de l'alcoolisme) est à prévoir dans le cadre d'un projet de service d'accompagnement.

... somatique

Si tous les services d'accompagnement sont attentifs à la santé au sens large¹⁶, les SAMSAH semblent particulièrement investis dans le suivi et la coordination des soins pour **des personnes atteintes de maladies graves et/ou chroniques** (VIH, cancer, hépatite, diabète, maladie cardiovasculaire, etc.) ou cumulant divers problèmes de santé nécessitant une veille médicale, des aménagements de vie particuliers (régime par exemple), et conduisant à des hospitalisations fréquentes en médecine générale.

Si, comme pour la santé psychique, tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire des SAMSAH sont impliqués dans ce domaine de vie, la présence de médecins et d'infirmiers apporte d'une part **un regard clinique** essentiel pour la compréhension des situations, et d'autre part, **une légitimité d'action dans les partenariats** avec les médecins de ville et les services hospitaliers. Les problèmes somatiques « lourds » constituent d'ailleurs *un motif fréquent d'orientation* (de la part des partenaires du secteur psychiatrique, des ESAT ou encore des services mandataires judiciaires) vers les services d'accompagnement « médicalisés » (SAMSAH).

10^{ème} proposition : définition des missions du service d'accompagnement relatives au domaine de vie « Santé somatique »

- Prendre en compte, dans le projet de service, la santé somatique qui fait partie des domaines de vie sur lesquels porte l'accompagnement de tout SAVS ou SAMSAH s'adressant à des personnes en situation de handicap d'origine psychique (qui se caractérisent le plus souvent par un état de santé dégradé et l'absence de demandes de soins).
- Pour les SAMSAH uniquement : une plus grande pluridisciplinarité de l'équipe, des connaissances cliniques, et une intensité de l'accompagnement leur permettent de mieux gérer **les problèmes somatiques « lourds »** venant se surajouter aux répercussions de la pathologie psychiatrique.

20

Projet professionnel et activités d'utilité sociale

L'appui et l'accompagnement favorisant l'insertion professionnelle ou son maintien, qui fait pourtant partie des registres d'intervention cités par le décret pour l'ensemble des services d'accompagnement, est un domaine de vie peu investi par les dix services de la recherche-action (à l'exception d'un SAMSAH handicap psychique disposant d'un chargé d'insertion professionnelle). D'une façon générale, les services rencontrés se sentent plus légitimes et qualifiés pour apporter un appui au maintien dans l'emploi que pour aider la personne à bâtir un projet professionnel « réaliste » et soutenir ce parcours d'insertion.

Pourtant, un des résultats de la recherche-action conduite par le CEDIAS - CREAHI Idf consiste à pointer l'absolue nécessité de prendre en compte toute demande liée au travail, quelles que soient les potentialités de la personne, dans la mesure où cette demande de travail signe un désir chez la personne sur lequel l'équipe pourra s'appuyer pour explorer les autres dimensions de vie et favoriser l'émergence des besoins et des attentes dans les registres de la vie quotidienne, ou plus largement la santé.

Par ailleurs, quand une activité professionnelle n'est pas envisageable, de façon provisoire ou durable (en lien avec l'altération de certaines capacités et/ou en l'absence de conditions de travail adaptées), la demande liée au travail doit être envisagée plus largement comme une demande à participer à **des activités non rémunérées procurant un sentiment d'utilité sociale**. Un SAVS du panel de la recherche a ainsi mis en place récemment un appui au bénévolat ; les activités réalisées dans ce cadre pouvant à la fois servir de support pour développer certaines habiletés sociales (utiles pour la vie quotidienne mais transposables aussi en partie pour une activité professionnelle future) et répondre au désir d'être utile aux autres.

¹⁶ Du fait notamment du rapport particulier de ces personnes à leur corps, à la douleur, mais aussi en raison d'un état de santé souvent dégradé consécutivement aux effets secondaires des traitements et à l'absence de prévention et de suivi sanitaire.

11^{ème} proposition : définition des missions du service d'accompagnement relatives au « projet professionnel et aux activités d'utilité sociale »

- Inscrire dans le projet de service des actions visant à promouvoir l'élaboration d'une réponse organisée face à une demande de travail exprimée par la personne en situation de handicap d'origine psychique. En effet, les personnes expriment souvent, au moment de leur admission, le souhait de travailler, voire posent cette demande comme prioritaire. Cette demande doit être prise en compte comme élément pouvant contribuer au processus de rétablissement de la personne.
- Cette « réponse organisée » peut s'appuyer sur le développement de partenariats avec des dispositifs spécialisés (ex : dispositif d'insertion en milieu ordinaire – DIMO) et la mise en place de plateformes d'insertion professionnelle, sur la création au sein du service d'accompagnement d'ateliers collectifs (centrés par exemple sur la représentation du travail), sur la présence d'un chargé d'insertion professionnelle au sein de l'équipe d'accompagnement (qui visera moins un accès effectif à l'emploi que la mise à disposition d'outils et savoir-faire spécifiques contribuant au développement des habiletés sociales et à l'élaboration du projet de vie)¹⁷, etc.

Vie quotidienne

L'aide dans les actes essentiels et la gestion du cadre de vie se traduit essentiellement, pour ces publics, par un accompagnement permettant d'apporter certains repères et une stimulation pour entreprendre les tâches quotidiennes indispensables, ou encore pour maintenir des relations adaptées avec le voisinage. Les situations en termes de besoins sur cette dimension de vie sont très hétérogènes.

Cependant, de façon générale, dans les SAVS, les personnes présentent plus souvent une certaine autonomie (en dehors de phases de « repli ») et nécessitent plus ponctuellement le recours à un travailleur social pour les aider notamment à mieux investir leur logement. Les interventions à domicile sont moins fréquentes et les équipes professionnelles disposent rarement en interne de professionnels dévolus à cette action. Toutefois, les visites à domicile font partie de la palette des modalités d'intervention utilisées dans tous les services d'accompagnement. Elles peuvent permettre au travailleur social, au cours du processus d'accompagnement, de mieux prendre en compte l'environnement dans lequel la personne évolue et de conduire des actions sur des registres spécifiques (cet accompagnement à domicile se déroulant généralement sur une durée limitée).

A l'inverse, au sein des SAMSAH, les répercussions de la maladie sur la perception de la réalité sociale et la représentation de soi sont plus fréquentes, se traduisant parfois par des limitations conséquentes dans la réalisation des activités courantes, et notamment en termes d'hygiène personnelle et de maintien de conditions minimales de propreté et/ou de rangement du logement. Ces problèmes d'hygiène personnelle et d'incurie constituent d'ailleurs *un motif fréquent d'orientation* (de la part des partenaires du secteur psychiatrique, des ESAT ou encore des services mandataires judiciaires) vers les services d'accompagnement « médicalisés » (SAMSAH).

Le rôle de l'auxiliaire de vie au sein de l'équipe professionnelle du service d'accompagnement consiste moins à apporter un appui direct à la personne que de concevoir (en collaboration avec les autres membres de l'équipe et les partenaires de la psychiatrie) un mode de soutien adapté sur le long terme. Ainsi, l'auxiliaire de vie pourra :

- expérimenter, durant un laps de temps suffisant, une action d'aide à domicile, pour évaluer la situation et tester l'opportunité du recours à un service d'aide à domicile ;
- définir le contenu précis de l'intervention du service à domicile à mobiliser et l'accompagner dans sa mise en place auprès de la personne ;
- construire un argumentaire pour le dossier de demande PCH déposé auprès de la MDPH ;

¹⁷ Se référer notamment dans le rapport de synthèse au paragraphe intitulé « L'activité professionnelle : une dimension fondamentale du bien-être social » (p 40-41).

- assurer une mission de référence et d'appui dans le passage de relais de l'accompagnement au long cours de ce service à domicile auprès de la personne, et ceci bien après la fin de l'accompagnement du SAVS ou du SAMSAH.

12^{ème} proposition : définition des missions du service d'accompagnement relatives au domaine « vie quotidienne ».

- Prendre en compte les besoins en termes d'aide à la vie quotidienne dans le projet de service, tant dans la définition des modalités d'intervention (aide à domicile) que dans la composition de l'équipe - ex : la question de l'hygiène personnelle constitue un sujet complexe et délicat, relevant du domaine de l'intime, et nécessitant souvent l'intervention croisée de plusieurs professionnels (SAMSAH), sur une certaine durée.

Informer, orienter, conseiller, former, évaluer

Les services d'accompagnement apparaissent comme des partenaires privilégiés pour participer à l'évaluation conduite par les équipes MDPH à plusieurs titres : ils partagent tous une approche globale, multidimensionnelle et situationnelle de l'évaluation, ont une expertise indéniable pour établir un lien de confiance et communiquer avec des personnes présentant des problèmes majeurs dans la relation aux autres, et sont susceptibles d'intervenir dans les différents milieux de vie de la personne (y compris à domicile). Leur participation au « triptyque¹⁸ » attendu dans le processus d'évaluation conduit par la MDPH, pour les personnes auprès desquelles ils interviennent, est ainsi essentielle et efficace. Cette collaboration autour de situations concrètes peut également participer à la sensibilisation/formation des équipes pluridisciplinaires de la MDPH aux spécificités des répercussions du handicap d'origine psychique sur la vie quotidienne, sociale ou professionnelle.

22

Mais au-delà de la situation des personnes qu'ils accompagnent, certains services ont développé des actions s'adressant à **d'autres publics**, que ce soit en termes d'information et d'orientation des personnes en situation de handicap d'origine psychique ou de leur famille par délégation du Conseil général, d'évaluation pour l'ouverture des droits à la Prestation de compensation du handicap sur demande de la MDPH, de conseils auprès des structures sociales ou médico-sociales non spécialisées, ou encore de formation auprès des dispositifs de droit commun (en associant parfois les personnes accompagnées elles-mêmes).

Cependant, les expériences décrites dans le cadre de la recherche-action tendent à montrer **les limites des actions portées uniquement par un service d'accompagnement**, que cela se pose en termes de légitimité de leur démarche à l'égard des autres acteurs, de moyens à mobiliser (parallèlement aux missions d'accompagnement), de positionnement éthique (considéré parfois comme juge et partie dans l'évaluation si elle conduit à la prescription d'un accompagnement), etc.

Pourtant, ces services apparaissent à plusieurs titres comme une ressource pour les territoires dans la mise en œuvre des politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap d'origine psychique et auraient par conséquent d'abord vocation à s'inscrire, **en collaboration avec d'autres acteurs, dans des actions transversales ou intersectorielles** formalisées sur des missions d'évaluation, de conseil ou encore de formation.

¹⁸ « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations », CEDIAS - CREAHI IdF, 2009, pour la CNSA.

13^{ème} proposition : définition des missions du service d'accompagnement relatives à des actions d'information, d'orientation, d'évaluation et de formation sur le territoire.

- Il n'est pas souhaitable de déléguer des missions « d'accueil », « d'information », de « conseils » ou encore « d'évaluation » aux services d'accompagnement pour des actions portées par eux seuls et déconnectées de leur mission d'accompagnement des personnes.
- En revanche, les services d'accompagnement ont vocation à être associés étroitement à l'évaluation conduite par la MDPH sur les situations qu'ils accompagnent, et à sensibiliser/former les équipes pluridisciplinaires des MDPH aux spécificités du handicap d'origine psychique en termes de vie quotidienne, sociale et professionnelle.
- Enfin, les SAVS et SAMSAH « handicap psychique » pourraient apporter une contribution précieuse à des dispositifs transverses comme un réseau, un centre de ressources, un GCSMS, une ESEHP (Equipe spécialisée dans l'évaluation du handicap psychique) ou encore un centre d'appels facilitant l'accès aux soins et à l'accompagnement (proposition UNAFAM).

Aide aux aidants

Les expériences rapportées dans le cadre de cette recherche montrent qu'il n'est pas souhaitable de développer des services d'accompagnement qui feraient de l'aide aux aidants un axe à part entière de leur action dans la mesure où cela pourrait générer une confusion des places de chaque acteur ; cette mission requérant plutôt un espace et des modalités d'action spécifiques.

Cependant, dans la mesure où la famille fait partie de l'environnement de la personne (et impacte par conséquent sa situation), il est souhaitable de la prendre en compte dans la stratégie globale d'intervention, dès lors que la personne accompagnée donne son accord. En effet, une précédente recherche-action conduite par le CEDIAS - CREAHI Idf¹⁹ soulignait l'intérêt, pour l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique et l'élaboration du plan personnalisé de compensation, « d'une co-reconnaissance des expertises croisées de la personne, de **ses proches** et des professionnels qui l'accompagnent (« triptyque de l'expertise »).

De plus, les services d'accompagnement peuvent proposer à la personne en situation de handicap d'origine psychique leur appui pour mieux gérer les liens d'interdépendance avec sa famille et de fait, dans de nombreuses situations, soulagent les proches, de façon indirecte, par la présence, l'écoute et le soutien apportés à la personne (permettant ainsi aux parents de se dégager progressivement de ce qui ne relève pas de leur fonction parentale).

14^{ème} proposition : définition des missions du service d'accompagnement en termes d'intervention auprès des aidants familiaux.

- La famille (dans son action de soutien, dans la dynamique relationnelle entre ses membres, etc.) constitue un élément important à prendre en compte dans l'évaluation de la situation et l'élaboration de la stratégie globale d'intervention, **si la personne donne son accord**.
- Cependant, le service d'accompagnement est d'abord **un espace personnel où la primauté de la parole et des choix de la personne accompagnée est posée avant celle de sa famille**.
- En revanche, les services d'accompagnement devront développer des partenariats avec des dispositifs dédiés à la mission « d'aide aux aidants » pour orienter si nécessaire les familles présentant des signes d'épuisement et/ou exprimant un besoin de soutien.

¹⁹ « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations », CEDIAS - CREAHI Idf, 2009, pour la CNSA.

3.2 – La composition de l'équipe professionnelle

Ainsi que le décret du 11 mars 2005 le prévoyait, la composition des équipes et leurs caractéristiques s'est avérée très diversifiée parmi les dix services étudiés dans le cadre de la recherche-action du CEDIAS - CREAHI IdF, même si certaines constantes ou spécificités se sont dégagées.

Ainsi, les SAVS se caractérisent généralement par une équipe composée pour l'essentiel d'accompagnateurs, auxquels s'ajoutent plus rarement des professionnels de l'aide à domicile ou des animateurs/intervenants extérieurs (dans la co-animation d'ateliers collectifs). Ces services spécialisés se caractérisent par des « accompagnateurs » relevant de formations initiales différentes (le plus souvent ES, AS, CEF, ou psychologue) et ayant connu des expériences professionnelles très variées et sur des fonctions distinctes. Cependant, malgré ces différences de « profils professionnels », ces accompagnateurs font « tous la même chose » au sein du service d'accompagnement, même si leurs compétences spécifiques peuvent être mises à contribution selon les besoins (au moment de l'admission, sur certains domaines de vie, pour certains profils de publics, etc.).

Contrairement à une possible lecture du décret, l'équipe du SAMSAH ne correspond pas à celle d'un SAVS (donc composée pour l'essentiel de travailleurs sociaux chargés de porter le projet individuel d'accompagnement) qu'on aurait enrichie de personnels médicaux et paramédicaux, susceptibles d'apporter, en complément de l'accompagnement social, des prestations de soins. Il s'agit bien, dans les SAMSAH ayant participé à la recherche, **d'une équipe pluridisciplinaire dans laquelle chaque professionnel intervient auprès de l'utilisateur comme accompagnateur** (y compris le psychiatre pour un des SAMSAH), parfois principal ou unique intervenant, à un moment de son parcours, mais le plus souvent dans le cadre d'un accompagnement mobilisant **plusieurs membres** de l'équipe. La notion d'équipe est ainsi plus déterminante pour les SAMSAH dont les membres se réfèrent moins à leur corpus disciplinaire (différent selon les professionnels – médecin, infirmier, AS, AMP, etc.) **qu'au projet collectif du service** (leur intervention se modulant bien entendu selon chaque projet personnalisé).

24

D'ailleurs, la « médicalisation » des SAMSAH se manifeste moins par la présence substantielle de médecins (qui peut se restreindre à quelques heures par semaine pour un des SAMSAH de notre panel) ou d'une qualification particulière, que par la **mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire**²⁰ (infirmier, AMP, travailleurs sociaux, psychologue, chargé d'insertion professionnelle, aide soignante, etc.), **susceptible d'intervenir de façon régulière et soutenue dans les lieux de vie de la personne** (et en particulier à son domicile).

Cependant, la lecture clinique des manifestations de certaines pathologies psychiatriques apportée par le psychiatre, le psychologue ou les infirmiers peut s'avérer indispensable pour supporter le sentiment d'étrangeté suscité chez les intervenants sociaux de l'équipe, donner du sens à l'accompagnement, et être en mesure d'en réajuster les modalités au fil des événements.

De même, pour les problèmes somatiques lourds, la présence de médecins et d'infirmiers (SAMSAH) apporte d'une part **un regard clinique** essentiel pour la compréhension des situations, et d'autre part, **une légitimité d'action dans les partenariats** avec les médecins de ville et les services hospitaliers.

Les psychologues peuvent occuper différentes fonctions dans les services d'accompagnement (SAVS et SAMSAH) participant à la recherche-action : accompagnateur (SAVS), responsable pédagogique de modules d'apprentissage (qui peuvent par exemple s'appuyer sur le Programme de renforcement de l'autonomie et des capacités sociales), co-animateur d'ateliers collectifs (qui reposent par exemple sur la médiation par la culture), psychologue de liaison (pour assurer une meilleure coordination entre les soins et l'accompagnement médico-social), psychologue clinicien (pour l'admission des nouvelles personnes accompagnées, la veille psychosociale ou encore pour mener des entretiens à visée thérapeutique auprès de certaines personnes accompagnées sur une durée limitée), psychologue clinicien n'intervenant qu'auprès de l'équipe professionnelle (supervision de pratiques, réunions de synthèse).

²⁰ Cette pluridisciplinarité se retrouve également au sein des équipes des SAVS « Handicap psychique » ; les compétences disciplinaires de chaque membre de l'équipe (acquises par leur diplôme - AS, CEF, psychologue ou dans le cadre de leurs expériences professionnelles) étant mobilisées, autant que de besoin, sur certaines dimensions de l'accompagnement global ou à certains moments du parcours de vie. Il reste que la présence, au sein des SAMSAH, de professionnels dont le métier se rattache au domaine de la santé (infirmier, aide soignant, médecin) ou à l'aide à la vie quotidienne (auxiliaire de vie, AMP) élargit considérablement le spectre des métiers, et donc des références disciplinaires qui auront à cohabiter et à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de l'accompagnement global.

15^{ème} proposition : une équipe professionnelle aux diplômes et parcours diversifiés, et bénéficiant d'une lecture clinique

- Privilégier une équipe professionnelle la plus diversifiée possible en termes de diplômes et d'expériences professionnelles afin de disposer, autant que faire se peut, des savoir-faire et savoir-être, des connaissances et outils cliniques, susceptibles de répondre à la palette des besoins et des demandes exprimées par un public souvent hétérogène et aux capacités variées et fluctuantes.
- La présence d'un psychologue, au sein des SAVS comme des SAMSAH dédiés à l'accompagnement des personnes en situation de handicap d'origine psychique, apparaît incontournable. Mais leur fonction est à définir précisément selon le projet de service (défini lui-même par les besoins des personnes accompagnées et les ressources territoriales mobilisables) et la composition du reste de l'équipe professionnelle.
- Des vacations de psychologues sont également souhaitables pour des actions de supervision d'équipe.
- Des infirmiers et médecins au sein des SAMSAH sont nécessaires en particulier pour une lecture clinique de certaines manifestations de pathologies psychiatriques (particulièrement déroutantes pour l'équipe), pour intervenir auprès de personnes les plus en difficulté dans les interactions sociales et/ou en rupture de soins, ainsi que pour le suivi de problèmes somatiques lourds ; sachant que ces professionnels participent par ailleurs, comme les autres membres de l'équipe, à l'accompagnement global de la personne.

3.3 – Les modalités d'intervention

La recherche-action conduite par le CEDIAS - CREAHI Idf a montré que la spécialisation de ces services d'accompagnement consistait surtout, face à ces situations de vie fragiles et fluctuantes, en leur capacité à offrir des modalités d'accompagnement susceptibles d'établir un lien de confiance avec ces personnes, de maintenir les conditions « d'une possible rencontre » et de les rendre actrices de leur propre vie, y compris dans le milieu de vie ordinaire.

Les solutions proposées ne peuvent jamais être standardisées ni figées car ce qui est adapté pour l'un ne le sera pas forcément pour un autre, en fonction notamment de la variabilité des troubles et de la variété de leurs répercussions sur la réalisation des activités courantes et sur la relation avec les autres.

Du point de vue de l'organisation des services rendus, cela se traduit par un cadre d'intervention à la fois souple et permanent (que ce soit en termes de pratiques professionnelles, de procédures d'admission ou encore de durée de l'accompagnement), offrant **une palette de modalités d'intervention** (suivi individuel, visite à domicile, activités collectives entre pairs médiatisées ou non par une activité et des professionnels, etc.).

Une palette de modalités d'intervention

La recherche-action du CEDIAS - CREAHI Idf a pointé l'intérêt de proposer, au sein des services d'accompagnement spécialisés, **une palette de modalités d'intervention** pour ouvrir « des perspectives de vie » pour des personnes souvent socialement isolées et ayant des difficultés majeures pour prendre des initiatives et s'inscrire dans des activités (les personnes se saisissant ou non, à un moment de leur parcours de vie, des possibilités offertes, dans une co-construction des réponses aux besoins exprimés et aux attentes formulées).

Si l'accompagnement individuel constitue le socle du projet personnalisé d'accompagnement, d'autres modalités d'intervention apparaissent souhaitables pour répondre aux besoins de ces publics qui se caractérisent d'abord par des difficultés pour nouer des relations avec leur environnement. Les activités collectives et l'accueil libre méritent en particulier d'être étudiés. De même que le processus d'admission constitue en soi une étape à part entière de l'accompagnement et que la réflexion sur la durée du suivi des personnes est très liée au choix et à l'organisation des modalités d'intervention.

16^{ème} proposition : diversifier les interventions.

- Proposer, au sein des services d'accompagnement spécialisés, une palette de modalités d'intervention (suivi individuel, visite à domicile, accueil libre, activités collectives entre pairs médiatisées ou non par une activité et des professionnels, etc.).

Les activités collectives

Si les activités collectives ne sont pas présentes dans tous les services, les professionnels rencontrés (services d'accompagnement et partenaires) et les personnes accompagnées insistent pourtant sur l'importance **des interrelations et des échanges au sein d'un groupe de pairs** pour faire émerger des compétences, et d'une façon générale, contribuer au processus de rétablissement de la personne.

Ces activités collectives semblent d'autant plus incontournables au sein des services que le projet met l'accent sur le **développement de la vie sociale et citoyenne** (ce qui était davantage le cas au sein des SAVS rencontrés que des SAMSAH).

Ces temps collectifs peuvent prendre différentes formes, médiatisés ou non par une activité précise, entrant parfois dans un processus d'apprentissage (ex : « modules d'apprentissage » basés sur le Programme de renforcement de l'autonomie et des capacités sociales), plus ou moins encadrés par des professionnels.

Cette modalité d'intervention semble souhaitable pour développer une dynamique de socialisation, y compris chez les personnes rencontrant des difficultés majeures pour maintenir une relation sociale (plus nombreuses parmi les SAMSAH que les SAVS). Pour ces dernières, l'organisation de ces temps collectifs de socialisation nécessitent d'être spécifiquement adaptés (ex : des durées courtes, en petit groupe, sur des périodes de la journée plus propices à la rencontre, autour d'activités différentes, etc.).

17^{ème} proposition : des activités collectives entre pairs.

Développer des activités collectives entre pairs afin de contribuer au processus de rétablissement, y compris pour les personnes les plus désocialisées.

26

L'accueil libre

L'accueil libre consiste à offrir la possibilité aux personnes accompagnées d'utiliser les locaux du service pour passer un moment convivial, sans le support d'une activité particulière et sans rendez-vous, autour d'un café (d'un journal, par l'accès à Internet, etc.), pour se retrouver entre pairs et/ou échanger de manière informelle avec les professionnels présents à ce moment-là dans ces espaces communs ou à proximité (en passant d'un bureau à l'autre).

D'une façon générale, l'accueil libre apparaît comme une modalité d'intervention des services d'accompagnement sur le registre de la socialisation. Mais il est également utilisé dans une fonction de premier accueil (et ainsi comme un facilitateur du processus d'admission pour des personnes qui nécessitent un « accrochage » très progressif du lien) ou au contraire il peut jouer un rôle dans le maintien des liens avec la personne dans le cadre de la fin progressive de l'accompagnement. Enfin il peut être utilisé dans une fonction de veille, la personne pouvant rencontrer de façon informelle l'équipe du service pour réactiver si nécessaire le suivi après une période d'interruption.

Les équipes professionnelles rencontrées ayant organisé l'accueil libre l'utilisent également comme un lieu d'observation des difficultés, ou au contraire, des ressources insoupçonnées de la personne en termes de capacités relationnelles, contribuant ainsi aux informations utiles pour faire évoluer le projet personnalisé.

Enfin, l'accueil libre constitue un espace où la place de la personne accompagnée n'est pas la même que dans les autres temps de l'accompagnement. Elle est davantage placée dans une position citoyenne que d'utilisateur (en donnant notamment la possibilité d'une certaine « déprofessionnalisation de la relation d'aide »²¹, qui constitue un des treize principes de la réhabilitation psychosociale selon Cnaan).

²¹ 7^{ème} principe de Cnaan (1988): La déprofessionnalisation de la relation d'aide : les intervenants ne doivent pas se cacher derrière une couverture professionnelle. Les barrières artificielles doivent être enlevées. L'élément humain de la personne de l'intervenant est crucial pour le processus de réhabilitation. De même, les intervenants doivent appréhender la personne comme un être humain avec toutes ses dimensions plutôt que sous l'angle d'un seul type de service. Une attitude de « neutralité » ne convient pas. L'intervenant répond, de façon positive ou négative, à ce que la personne dit ou fait, même au sujet de problèmes non thérapeutiques.

18^{ème} proposition : l'accueil libre.

Favoriser l'accueil libre, qui peut non seulement constituer un outil d'intervention utile pour développer la socialisation entre les personnes (rencontres entre les pairs non médiatisées par une activité) mais jouer aussi un rôle déterminant dans le processus d'admission, le maintien des liens, l'évaluation des capacités relationnelles de la personne accompagnée, ou encore la veille citoyenne.

Le processus d'admission

Bien qu'une majorité des usagers puissent être directement orientés par la MDPH, une fois le service d'accompagnement bien implanté sur le territoire et connu des différents partenaires, l'orientation vers un SAVS ou SAMSAH se fera, pour certaines personnes (et/ou à la création du service d'accompagnement), à l'initiative ou accompagnée par d'autres professionnels, à un moment spécifique du parcours de vie de la personne ou dans la prolongation d'autres soutiens. De plus, pour les personnes les plus désocialisées, à la vie sociale extrêmement pauvre et/ou aux difficultés majeures dans la vie quotidienne pouvant conditionner leur survie, l'intervention d'un service d'accompagnement consistera à aller au devant de la demande et visera d'abord à établir un lien avec la personne.

Aussi, **le processus d'admission** fait généralement l'objet d'une attention particulière, en cherchant à réunir les conditions les plus favorables à une première rencontre. Pour une partie des services rencontrés, la phase visant l'adhésion de la personne à une démarche d'accompagnement, ou encore la phase « d'approvisionnement mutuel », n'est pas bornée dans le temps ou figée par des procédures spécifiques. Pour les personnes les plus en difficulté pour établir et maintenir tout lien social, cette phase préalable à la contractualisation d'un accompagnement pourra durer plusieurs mois, voire plusieurs années (pour deux des SAMSAH faisant partie du panel).

Aussi, les procédures de travail avec la MDPH décrites par les services rencontrés font part majoritairement **d'une certaine souplesse dans la formalisation administrative du suivi**, avec une plus ou moins grande tolérance des autorités de contrôle quant à l'obligation d'une **notification MDPH** pour ouvrir droit officiellement à un accompagnement (et donc au financement de celui-ci). Un des SAMSAH de la recherche-action, dont le projet comprend spécifiquement un axe d'intervention auprès de personnes très isolées vivant des situations de polyprécarité et restées à l'écart des soins, a pu ainsi s'affranchir de cette contrainte administrative pour **une partie** de sa file active. Pour autant, les services d'accompagnement concernés transmettent des rapports d'activité détaillés faisant état des profils des publics suivis et des types d'intervention mis en œuvre (en distinguant par exemple des phases d'accompagnement).

De plus, la **dotation globale** dans le financement de ces services facilite cet investissement dans des suivis qui n'aboutiront pas tous à un véritable accompagnement mais qui ne seront pas sans impact, sur le long terme, sur la trajectoire de vie de la personne (les personnes reprenant contact parfois des années plus tard quand par exemple leur projet d'autonomisation vis-à-vis de leurs parents a mûri).

27

19^{ème} proposition : proposer un processus d'admission souple et individualisé.

- Prévoir les conditions favorables à une première rencontre (temps ou lieux d'accueil particuliers, accueils libres, espaces partagés avec d'autres partenaires, formation à la fonction d'accueil téléphonique, etc.).
- Définir des modalités souples dans la formalisation administrative du suivi (notification MDPH).
- Privilégier un mode de financement par dotation globale pour offrir la possibilité, aux personnes les plus en difficulté dans la relation sociale, de bénéficier d'un processus d'admission très progressif (s'adaptant au rythme de la personne).

La durée de l'accompagnement

Les services rencontrés dans le cadre de la recherche-action conduite par le CEDIAS - CREAHI IdF constatent qu'une majorité des personnes accompagnées auront besoin **durablement** d'un soutien pour maintenir les liens avec leur environnement, en raison notamment de limitations dans la prise d'initiative et du caractère fluctuant de leur autonomie.

Mais ce travail sur le lien social ne passe pas uniquement par l'accompagnement proposé par un SAVS ou un SAMSAH **sous peine de chroniciser ces populations**. Les services d'accompagnement interviennent quand ils représentent, **à un moment donné**, un moyen indispensable (voire la seule alternative) pour créer du lien social ; pour des personnes qui ne sont pas dans l'interaction avec les autres, des personnes qui ont besoin d'une stimulation pour entreprendre une tâche simple, pour gérer leur quotidien de vie, sortir de chez elles, ou encore construire un projet de vie (faire des demandes).

L'accompagnement constitue une expérience de vie, **parmi les autres**, qui peut permettre de créer du lien. Les expériences de vie avec **les pairs** dans le cadre des GEM (ou dans les interrelations avec les pairs au sein du service d'accompagnement), ainsi que celles **vécues dans le cadre des relations familiales**, constituent d'autres moyens de créer ces liens sociaux et d'essayer de les faire tenir sur la durée. Ce sont bien **ces trois expériences de vie en tension** (soutenues parallèlement par les soins psychiatriques), qui vont permettre que les liens avec l'environnement s'établissent ; les personnes étant en mesure de « s'échapper » de l'un ou l'autre de ces espaces de la rencontre, ou au contraire de réinvestir à un moment donné l'un d'entre eux et notamment d'être en capacité d'interpeller à nouveau le service d'accompagnement, attitude qui témoigne de leur posture de sujets et non d'usagers.

Aussi, l'accompagnement peut comprendre **différentes phases**, plus ou moins intenses, et mobiliser autant que de besoin les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Dans cette optique, la nécessaire permanence et souplesse du cadre peut conduire à envisager la durée de l'accompagnement **au-delà de la seule période de contractualisation** entre le service et l'utilisateur, ou encore de la phase soutenue du suivi, mais dans un contexte plus large d'une **fonction de veille citoyenne** des services d'accompagnement (qui donne la possibilité à la personne de réactiver l'accompagnement). Cette fonction de veille citoyenne pourrait s'étendre à un réseau partenarial sur un territoire donné, où n'importe quel acteur serait susceptible d'interpeller le professionnel le plus à même de répondre aux besoins manifestés ou aux attentes exprimées par la personne ; chaque partenaire constituant **autant de points d'entrée possibles dans l'accompagnement**.

Il reste **qu'un accompagnement médico-social soutenu sur la durée apparaît nécessaire pour une partie des usagers** des services rencontrés, sans que des relais soient envisageables à court ou moyen terme (notamment en termes d'aide humaine, y compris financée par la PCH et supervisée par les services d'accompagnement). Il s'agit en particulier de personnes totalement isolées (pour lesquelles le service d'accompagnement représente le seul point d'ancrage), de personnes ayant une déficience

28

20^{ème} proposition : concevoir l'accompagnement par le SAVS ou SAMSAH comme une phase du parcours de vie de la personne.

- Dans la définition du projet de service, il s'agit de considérer la durée de l'accompagnement en **différentes phases**, d'intensité et de contenu variables (phase d'admission, suivi intense, maintien du lien), selon les besoins de chaque personne, ses attentes et les autres ressources mobilisables.
- Organiser au sein du service et sur le territoire, avec les autres partenaires, une véritable **veille citoyenne**, qui peut passer par le partage de locaux, l'accueil libre, des suivis conjoints, etc.
- Privilégier un mode de financement par dotation globale afin d'ajuster l'intensité de l'accompagnement, selon la personne et/ou le moment de son parcours.
- Conduire une réflexion spécifique sur les situations nécessitant **un suivi sur le long terme** afin de définir des modalités d'intervention adaptées permettant de maximiser leur autonomie sans emboliser le service d'accompagnement (recherche de relais en termes d'aide à domicile, de formes d'habitat adaptées, etc.).

intellectuelle associée (et qui disposent par conséquent d'une moindre capacité d'autonomie) et de personnes dont les symptômes s'expriment négativement (repli sur soi, important besoin de stimulation, « personnes qui sont là sans être là ») et qui nécessiteront par conséquent un travail de maintien des acquis sur une longue durée.

3.4 – SAVS ET SAMSAH « handicap psychique » : des ressources complémentaires sur un même territoire

Au regard de ces différentes analyses posées dans le cadre de la recherche-action conduite par le CEDIAS - CREAHI IdF sur l'opposition entre SAVS d'une part et SAMSAH d'autre part, il apparaît que cette distinction est bien réelle et n'appelle pas une réponse univoque.

Bien au contraire, cette recherche-action tend à montrer que la présence de ces deux types d'équipement spécialisé est souhaitable **sur un même territoire** pour répondre aux différents profils de publics.

Ces constats appellent également à développer des **passerelles** entre ces deux types de services, les personnes pouvant nécessiter le recours, selon les étapes de leur vie, à un accompagnement plus ou moins intensif et faisant appel à des modalités d'intervention différentes ou nécessitant une lecture clinique plus ou moins spécifique.

Il est important également de souligner que les SAMSAH ne peuvent être considérés, de façon automatique, comme un SAVS « renforcé » et en conclusion, dans la logique du « qui peut le plus, peut le moins » qu'un SAMSAH est de fait adapté aux besoins d'accompagnement de toutes les personnes en situation de handicap d'origine psychique. Cette affirmation viendrait en opposition à tout le travail accompli par plusieurs des SAVS de notre recherche-action pour soutenir un processus de réhabilitation qui vise à accompagner la personne vers un statut de citoyen²², vers toujours moins de « médicalisation » dans le soutien apporté par le service, voire de « professionnalisation », jusqu'à un processus de rétablissement passant essentiellement, à terme, par les activités entre pairs (vers les GEM, les Club House, etc.).

21^{ème} proposition : créer des SAVS et des SAMSAH « handicap psychique » sur un même territoire

- Ces deux types de dispositifs sont nécessaires pour répondre à la variété des profils que recouvrent ces situations de handicap d'origine psychique et prendre en compte la variabilité de leurs besoins et attentes au cours de leur parcours de vie.
- Prévoir des conditions (administratives, financières, partenariales, etc.) favorisant les passerelles entre SAVS et SAMSAH.

3.5 – Un projet de service reposant sur des principes de la réhabilitation psychosociale et du rétablissement

Plusieurs services d'accompagnement participant à la recherche-action conduite par le CEDIAS - CREAHI IdF réfèrent explicitement leur projet à la réhabilitation psychosociale ou au rétablissement, en appliquant plusieurs de ses principes :

- dans les modalités d'accompagnement proposées (l'individualisation des réponses, l'intervention précoce et sur l'environnement, etc.),
- dans la palette des dispositifs mis à disposition (emploi, logement, formation, etc.),
- dans les outils développés (grille d'auto-évaluation partagée, ateliers d'apprentissage centrés sur le développement des habiletés sociales),
- ou encore dans la place accordée à la personne accompagnée (« usager-adhérent » de l'association gestionnaire du service d'accompagnement).

²² Cet objectif « citoyen » de l'accompagnement à la vie sociale ne remettant pas en question la nécessité des soins psychiques assurés par le secteur psychiatrique ou la psychiatrie libérale.

Les SAVS et SAMSAH « handicap psychique » partagent, de fait, les grands principes posés par la réhabilitation psychosociale au sens large (la réhabilitation et le rétablissement se situant dans un long et même processus) qui visent à donner à la personne le pouvoir d'agir ou encore met en avant l'impact de l'environnement sur ces situations de vie. Ces services ont tout intérêt à puiser dans ces principes pour nourrir la réflexion menée par leur équipe professionnelle dans la définition de leurs modalités d'intervention.

Cependant, si ces principes peuvent être **partagés par l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes en situation de handicap d'origine psychique**, leur mise en œuvre se traduit différemment. Si le suivi psychiatrique, comme l'accompagnement à la vie sociale, ont vocation à contribuer au rétablissement de la personne, ces deux modes de soutien (sanitaire et social) agissent **sur des registres différents** et leur intervention s'exerce **dans des espaces différenciés**. Ainsi, les soins relèvent des dispositifs psychiatriques et visent d'abord à une amélioration de l'état morbide : diminuer les symptômes, faciliter le développement des fonctions cognitives et les habiletés nécessaires pour l'autonomie dans la vie quotidienne. L'accompagnement à la vie sociale se conduit dans le quotidien de vie de la personne et s'attache en premier lieu à favoriser une posture de sujet dans la Cité (ouvrir des « perspectives de vie » pour la personne, l'aider à faire des choix et à valoriser ses compétences, en les confrontant avec l'environnement qui l'entoure). Ces deux approches (thérapeutique et socio-éducative), complémentaires, participent d'un même processus visant à se rétablir dans une « vie satisfaisante »²³.

22^{ème} proposition : faire reposer le projet du service d'accompagnement sur des principes de la réhabilitation psychosociale et de rétablissement.

Réhabilitation psychosociale et Rétablissement

La réhabilitation psychosociale s'est développée aux USA après la deuxième guerre mondiale comme une alternative sociale au modèle médical dominant dans le traitement des patients psychiatriques. Elle est définie comme un « processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté ». Elle met l'accent sur l'intégrité et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie et propose une approche globale incluant la réadaptation au travail, le logement, les loisirs sociaux, l'éducation et l'adaptation personnelle (Cnaan, 1988²⁴). Elle possède des principes généraux auxquels adhère l'ensemble des praticiens de cette discipline.

En France, la réhabilitation psychosociale s'est inscrite dans la continuité de Tosquelles et de Bonnafé (avec l'expérience de Saint Alban pendant la guerre) qui ont incité à une psychiatrie dans la cité, une psychothérapie institutionnelle avec sa volonté de proximité et de continuité des soins malgré la discontinuité de la psychose. Ce mouvement s'est prolongé dans la mise en place du secteur, puis la participation des malades à leur traitement en position de sujet-citoyen à part entière, et pour déboucher enfin sur les soins de réadaptation et la réhabilitation psychosociale (avec notamment une réflexion sur l'insertion et la réinsertion) qui participeront à promouvoir la notion de handicap d'origine psychique.

Le concept de rétablissement (recovery), plus récent (années 2000), s'inscrit dans le prolongement des réflexions autour de la réhabilitation psychosociale. « *L'enjeu n'est plus un retour à l'état précédant la maladie ou la restauration du niveau antérieur de fonctionnement, mais de parvenir à se rétablir dans une vie satisfaisante* ». Les actions de soutien au rétablissement de la personne viseront d'abord à optimiser les ressources de la personne pour atteindre les buts qu'elle poursuit (qui ont du sens et de l'intérêt pour elle), et en prenant en compte ses attitudes, ses valeurs et ses sentiments. Parmi les facteurs contribuant au processus de rétablissement, la restauration du pouvoir d'agir (empowerment) constitue à la fois un objectif et un support. L'entraide entre les pairs, et de façon générale, la dimension relationnelle constitue une des modalités de soutien essentielles.

²³ Pachoud B., Le rétablissement comme processus, Pluriels n°94-95.

²⁴ CNANN R.A. et al. : Psychosocial Rehabilitation : Toward a Definition, Psychosocial Rehabilitation Journal, 11: 4, p.61-77, 1988.

4 - Conclusion

Si la recherche-action confirme qu'il n'y a pas UNE forme organisationnelle unique adéquate (mais dépend des besoins des personnes ciblées – variés et variables selon les situations concernées – et les ressources territoriales mobilisables), elle met en évidence, en revanche, la nécessité de définir un projet qui s'adresse spécifiquement à des personnes en situation de handicap d'origine psychique.

Le projet d'un service « spécialisé » devrait ainsi porter une attention particulière au processus d'admission (pour « accrocher » la relation), faire également bénéficier les personnes accompagnées d'une multi-référence professionnelle au sein du service (« pour tenir le lien »), prévoir des **temps de supervision réguliers de l'équipe** (« la qualité du lien étant bâtie sur une relation de confiance et une distance adéquate »), ou encore définir une organisation du travail susceptible de faire face à une variation de l'intensité de l'accompagnement (avec des périodes très intenses et d'autres beaucoup plus distancées).

D'un point de vue administratif et financier, cette souplesse devrait se traduire par des conditions d'accès (à), une intensité et une durée de l'accompagnement adaptées aux besoins (variés et variables) de ces publics.

Ainsi, la **notification préalable de la MDPH** pour l'accès à ces services est d'autant plus interrogée qu'ils auront vocation à s'articuler étroitement avec les autres acteurs du territoire dont l'admission n'est pas soumise à l'évaluation préalable d'un tiers (et en particulier les secteurs psychiatriques ou encore les services sociaux), à favoriser des passerelles entre différents dispositifs (et notamment entre SAVS et SAMSAH), ou encore à s'adresser à des personnes restées à l'écart de toutes les institutions (et nécessitant un « approvisionnement mutuel » sur le long terme avant de s'engager dans un suivi formalisé).

De même, la **dotation globale** dans le financement de ces services apparaît souhaitable pour proposer des accompagnements très individualisés, prenant en compte le rythme de chaque personne et les changements intervenant dans leur parcours de vie. S'il est ainsi difficile de définir un nombre strict de « places » par service, il apparaît souhaitable que la dotation globale accordée à chaque dispositif participant à l'accompagnement de ces publics, sur un territoire donné, contribue à une dotation « par situation ».

Un des autres résultats de la recherche porte sur la distinction entre SAVS et SAMSAH qui apparaît bien réelle ; la présence de ces deux types d'équipement sur un même territoire ayant vocation à s'adresser à des publics distincts et/ou à des séquences du parcours de vie différentes. Ainsi, les SAMSAH s'adresseraient davantage à des personnes plus en difficulté dans les interactions sociales, pour lesquelles la veille à la continuité des soins psychiatriques est prioritaire, et rencontrant plus souvent des problèmes somatiques graves associés.

La recherche-action s'est également attachée à bien distinguer, dans la stratégie globale d'intervention mise en place auprès de la personne en situation de handicap d'origine psychique, ce qui relève des soins psychiatriques d'une part et ce qui est une composante de l'accompagnement médico-social d'autre part ; ces deux démarches (complémentaires et non subsidiaires) participant de façon conjuguée au processus visant le rétablissement de la personne.

Enfin, les SAVS et les SAMSAH « handicap psychique », malgré leur caractère souple et leur positionnement stratégique à la croisée des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales, ne peuvent être pas LA (seule) réponse aux difficultés d'évaluation, de repérage de besoins, ou encore de ruptures des parcours de soins et d'accompagnement. Ils représentent quelques maillons du filet de protection pour des personnes psychologiquement et socialement vulnérables.

Aussi, la délégation des missions de la MDPH (ex : évaluation PCH) ou de la psychiatrie (ex : soins auprès d'un public en polyprécarité n'ayant jamais connu de suivi psychiatrique) n'est pas la solution pour répondre à ces besoins complexes et intriqués qui réclament la mise en œuvre de stratégies globales d'intervention dans laquelle chaque acteur a son rôle à jouer. **Ces services d'accompagnement ne pourront jouer pleinement leur rôle que si la psychiatrie a les moyens de remplir sa mission de secteur.**

En revanche, ces services d'accompagnement peuvent être tout à fait emblématiques des nouvelles formes d'intervention attendues par les principes de réorganisation actuelle des ressources sanitaires et médico-sociales sur les territoires, et participer ainsi efficacement à des dispositifs transverses, comme des Equipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique (ESEPH), des plates-formes de ressources, un Centre de ressources régional sur le handicap psychique (CReHPsy), et de façon générale, contribuer à une **veille citoyenne** sur le territoire, dans le cadre d'un maillage des dispositifs spécialisés et de droit commun participant de l'accompagnement des situations de handicap psychique.



CEDIAS - CREAHI Ile-de-France
5 rue Las Cases – 75007 Paris
Tél. : 01 45 51 66 10 - Fax : 01 44 18 01 81
mail to : creai@creai-idf.org - <http://www.creai-idf.org>