

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

Synthèse et recommandations

Décembre 2011

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



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

Synthèse et recommandations

Décembre 2011

Financement dans le cadre du programme de recherche 2008
« Handicap psychique, autonomie, vie sociale » - DREES-MiRe et CNSA,
en collaboration avec la DGAS, le GIS-IRESP et l'UNAFAM

Direction scientifique de la recherche-action :

Carole Peintre, CEDIAS – CREAHI Ile-de-France

Rédaction du rapport final :

Carole Peintre, CEDIAS – CREAHI Ile-de-France

Jean-Yves Barreyre, CEDIAS – CREAHI Ile-de-France

Anne-Marie Asencio, CREAI Alsace

(Depuis mars 2010, Anne-Marie Asencio a intégré l'équipe de recherche du CEDIAS)

Chercheurs associés :

Rachelle Le Duff, CREAI Bretagne

Bénédicte Marabet, CREAHI Aquitaine

Loïc Hibon, CREAHI Aquitaine

Remerciements

Nous voudrions adresser nos sincères remerciements à l'ensemble des personnes qui ont participé activement à la réflexion menée dans le cadre de cette recherche-action, et en particulier :

- Un grand merci aux personnes accompagnées qui ont accepté de nous rencontrer pour faire part de leur expérience de vie et de leur point de vue sur les soutiens dont elles bénéficiaient. Elles ont parfois dû surmonter « la charge émotionnelle » que cette rencontre impliquait et nous avons été impressionnés par le courage qu'elles ont ainsi manifesté et la générosité de leurs propos.
- Toute notre reconnaissance s'adresse également aux familles sollicitées, qui ont toutes répondues présentes, et se sont associées de façon sincère et constructive aux réflexions de cette recherche.
- Nous adressons aussi nos remerciements chaleureux aux équipes des dix services d'accompagnement pour le temps et la confiance qu'elles nous ont accordés. Les professionnels de ces structures se sont montrés particulièrement volontaires pour revisiter avec nous les valeurs, les principes d'intervention ou encore les pratiques professionnelles mises en œuvre dans l'exercice de leur fonction.
- Il est important de saluer les associations gestionnaires qui ont eu l'envie de s'inscrire dans une telle démarche. En effet, si les services d'accompagnement sont des structures souples et porteuses d'innovation, ils impliquent des organisations de travail fines où la dynamique d'équipe nécessite un questionnement permanent et un travail constant avec les partenaires.
- Nous souhaitons enfin faire part de notre gratitude aux partenaires institutionnels associés à cette recherche qui se sont montrés disponibles et intéressés par les problématiques posées. Si d'une façon générale, ils apprécient les collaborations développées avec ces services d'accompagnement dans le travail quotidien auprès des usagers, le positionnement particulier de ces structures, à la croisée des champs d'intervention, n'est pas sans leur poser question sur leurs propres pratiques et l'évolution des politiques sociales et sanitaires qui les concernent.

Sommaire

1 - Introduction	7
1.1 - Contexte	7
1.2 - Objectifs	9
1.3 - Hypothèse de recherche	9
1.4 - Méthodologie	10
2 - L'hétérogénéité des services d'accompagnement	13
2.1 - Histoires et logiques institutionnelles	13
2.2 - Le profil des publics suivis	16
2.3 - Les missions des services	17
2.4 - Composition et caractéristiques de l'équipe professionnelle	20
2.5 - Les modalités d'intervention	24
3 - Quelles modalités d'accompagnement spécifiques pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ?	28
3.1 - La place citoyenne de la personne	28
3.2 - La médicalisation des services d'accompagnement et l'articulation avec le sanitaire	31
3.3 - La spécialisation du service : un cadre permanent, rassurant et souple de l'accompagnement	36
3.4 - Les services d'accompagnement : des équipes « ressources » pour les territoires	41
4 - Conclusion et perspectives	45

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 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.).

1.1 - Contexte

■ Les services d'accompagnement : un mode de compensation adapté pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique vivant dans la Cité

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.

En effet, pour ces personnes, qui se caractérisent souvent en premier lieu par des difficultés dans les relations sociales, un repli sur soi et une absence d'initiatives, ce rôle de stimulation qui vise à mobiliser des capacités dans toutes les dimensions de la situation de vie, en prenant fortement appui sur leur environnement, est primordiale. De plus, leur mission de coordination des différentes prises en charge est essentielle, en particulier avec les équipes psychiatriques, dans la mesure où l'accès aux soins et la continuité thérapeutique conditionnent bien souvent, pour ces personnes, la réussite de l'accompagnement dans toutes les autres activités.

7

■ De la déficience intellectuelle... au handicap d'origine psychique

Nés à la fin des années 1970, les SAVS ont été créés au départ pour aider les travailleurs handicapés, présentant au premier plan une déficience intellectuelle, à réaliser leur souhait de vivre dans un logement personnel. Les projets de ces services se sont ouverts progressivement à d'autres publics, que ce soit en termes de déficiences ou de situations relatives à l'emploi.

Depuis une dizaine d'années, l'accélération du développement de ce nouveau mode de soutien à domicile, porté notamment par une politique volontariste des Conseils généraux, s'est traduite par la création de nouvelles formes de SAVS, *spécialisés* dans l'accompagnement d'un profil spécifique de personnes en situation de handicap.

C'est ainsi qu'ont vu le jour, sous l'impulsion des familles, mais aussi des militants de l'action sociale et des professionnels du secteur psychiatrique, des services s'adressant exclusivement à des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique.

Cette montée en charge des services d'accompagnement « spécialisés » a été accentuée par la parution du Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005¹ donnant d'une part un véritable cadre juridique aux SAVS existants et d'autre part, ouvrant la possibilité à certains d'entre eux d'inclure dans leurs missions des prestations médicales ou paramédicales (SAMSAH)², et donc s'adressant d'abord à des publics nécessitant des soins et impliquant par conséquent une forte articulation avec le secteur sanitaire (somatique ou psychiatrique). Les SAMSAH « handicap psychique » sont ainsi venus compléter, ces cinq dernières années, l'équipement médico-social d'une majorité des territoires départementaux.

■ L'évaluation des situations de handicap d'origine psychique

Par ailleurs, la mise en place des Maisons départementales en faveur des personnes handicapées (MDPH) d'une part, et le traitement des demandes de Prestation de compensation du handicap (PCH) d'autre part, ont nécessité la réorganisation des procédures d'évaluation des ex-commissions d'orientation ; la loi du 11 février 2005 mettant l'accent sur la nécessité de conduire une évaluation globale, autant que faire se peut, dans l'environnement de vie habituel de l'utilisateur. Pour répondre à ces exigences, et notamment la conduite de visites à domicile pour les demandes de PCH, certaines MDPH ont passé convention avec des partenaires extérieurs, dont les services d'accompagnement. La participation de ces services à l'évaluation de la MDPH apparaît d'autant plus pertinente, qu'outre leurs savoir-faire en termes d'évaluation des besoins en situation de vie réelle, ces services « spécialisés » sont susceptibles d'apporter des connaissances spécifiques sur des profils particuliers (comme le handicap psychique).

■ Spécialisation, médicalisation et évaluation

Si tous les acteurs s'accordent à penser 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, et aident à l'articulation des différentes réponses dans le cadre d'une stratégie globale d'intervention, les financeurs (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 ;
- les modalités de leur participation à l'évaluation conduite par les MDPH.

Ces trois questionnements, présents depuis plusieurs années dans les travaux préparatoires aux schémas départementaux, mais aussi dans les débats des Commissions régionales d'organisation médico-sociale (CROSMS)³, et plus récemment dans les groupes de travail contribuant à l'élaboration des Plans régionaux de santé, sont posés de façon majeure pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique, et freinent, dans certains départements, la création de nouveaux dispositifs (pour répondre à des besoins pourtant bien identifiés). En effet, ces trois questions préalables prédéterminent la configuration de ces services, en termes de type de compétences à mobiliser, de partenariat à développer, de niveau d'encadrement à prévoir, de conventionnement à établir avec la MDPH, etc.

¹ Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

² En janvier 2008, sur 3915 places de SAMSAH, 24% étaient des places de SAMSAH « handicap psychique » (données CNSA, journée du 31 janvier 2008).

³ Les demandes d'autorisation (de création, de transformation ou d'extension) d'un établissement ou d'un service social ou médico-social entraînent l'obligation pour le gestionnaire de produire un dossier à l'appui de sa demande, qui est notamment soumis, pour avis, au Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). La loi Hôpital patients santé territoires (HPST) a modifié les conditions d'autorisation des structures médico-sociales, prévoyant de remplacer à partir du 1er janvier 2010 les CROSMS par des commissions d'appel à projets. Dans les faits, les CROSMS ont poursuivi leur activité jusqu'en juin 2010.

1.2 – Objectifs

La recherche-action, conduite par le CEDIAS en 2009/2010, visait à définir les conditions à réunir pour proposer un accompagnement *le plus adapté possible* aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap psychique. Les résultats de cette recherche, synthétisés dans le présent rapport, peuvent donner en ce sens des pistes pour la construction (ou la réorientation) d'un projet de service d'accompagnement. Ils tendent à clarifier en particulier la place des différents acteurs impliqués dans le suivi de ces situations de handicap psychique, que ce soit au sein de l'équipe pluridisciplinaire du service d'accompagnement, entre psychiatrie et médico-social, entre personne accompagnée et parents, etc.

Ces travaux s'attachent également à répondre aux questionnements des promoteurs et des financeurs évoqués précédemment, sur la nécessité ou non d'une spécialisation et d'une médicalisation de ces services, ou encore sur l'intérêt de leur participation à la démarche d'évaluation conduite par la MDPH.

Il est important de souligner qu'il ne s'agissait en aucune façon d'établir un état des lieux sur le fonctionnement actuel des services existants (en précisant par exemple les réussites ou à l'inverse les dérives constatées, les confusions opérées dans les registres d'intervention, ou encore les enjeux de pouvoir) mais bien de définir la forme que devrait prendre ces services pour être en mesure de répondre à la spécificité du public visé.

1.3 – Hypothèse de recherche

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 ainsi la richesse) des professionnels pouvant composer leur équipe pluridisciplinaire. En offrant un tel cadre réglementaire, l'objectif était à la fois d'inciter les décideurs et 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).

Notre hypothèse de recherche était ainsi qu'il n'existe pas une forme unique organisationnelle adéquate et que cette étude ne viendrait pas trancher le débat qui consiste à choisir ou non la spécialisation (« handicap psychique » ou « généraliste »), la médicalisation (SAVS ou SAMSAH), l'origine du porteur de projet (UNAFAM, grandes associations issues du secteur du handicap, secteur psychiatrique), ou encore le conventionnement avec la MDPH pour participer aux évaluations. D'autant que, sous une même forme juridique ou une organisation apparente similaire, des services s'avèrent extrêmement différents dans leurs principes d'intervention ou leurs pratiques professionnelles, voire dans les profils des publics qu'ils accompagnent (ce que devra aussi vérifier la recherche).

En revanche, nous estimions que la recherche allait permettre d'identifier l'intérêt et les limites de chaque composante de l'action des services d'accompagnement étudiés et de définir les conditions à réunir (en termes de composition de l'équipe, de taux d'encadrement, de partenariat, d'implication et de place dans les procédures d'évaluation MDPH, de pratiques professionnelles auprès de personne accompagnée et des aidants, etc.) pour créer des services susceptibles de répondre au mieux aux besoins et attentes spécifiques des personnes en situation de handicap d'origine psychique.

1.4 – Méthodologie

La méthodologie de la recherche-action a consisté à étudier *de façon approfondie* l'activité et l'organisation de *dix services* d'accompagnement très diversifiés, en prenant en compte leur inscription dans le territoire et le point de vue des personnes accompagnées et des aidants familiaux.

■ La sélection de dix services d'accompagnement

Pour répondre aux objectifs de la recherche et en vérifier les hypothèses, il s'est agi de produire une analyse comparée de services qui se distinguent d'abord par leur caractère spécialisé ou non spécialisé pour l'accompagnement de ce public et par la présence ou non d'une médicalisation de la structure.

Ainsi, le panel retenu se répartit de la façon suivante :

- 2 « SAVS généralistes » (mais dont une partie de la clientèle est composée de personnes présentant un handicap d'origine psychique) ;
- 3 SAVS spécialisés « handicap psychique » ;
- 1 SAVS/SAMSAH « handicap psychique »⁴ ;
- 4 SAMSAH spécialisés « handicap psychique ».

Au-delà de ces deux critères de sélection (spécialisation et médicalisation), la sélection des dix services participant à la recherche a veillé à retenir le panel *le plus diversifié possible* au regard de leur histoire institutionnelle, des caractéristiques du public reçu, ou encore de la composition de l'équipe professionnelle.

⁴ Parmi les 4 SAVS « spécialisés » retenus dans le cadre de cette recherche, l'un d'entre eux a vu son projet évoluer, en cours de recherche, vers une forme originale de service d'accompagnement, qui comprend à la fois une dimension « SAVS » et une dimension « SAMSAH ». Les personnes accompagnées peuvent mobiliser autant que de besoin la dimension strictement sociale ou l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Les services d'accompagnement ayant participé à la recherche-action

SAAVS – service d'aide et d'accompagnement à la vie sociale

305, boulevard Wilson
33000 BORDEAUX

SAVS
« généraliste »

Service d'accompagnement et d'insertion sociale la Rencontre

114 rue de Versailles
78150 LE CHESNAY

SAVS
« généraliste »

SAVS Espoir 35

4 avenue Charles Tillon
35000 RENNES

SAVS
« Handicap psychique »

SAVS Espoir 54

44 rue Molitor
54000 NANCY

SAVS « Handicap
psychique »

SAVS Elan retrouvé

74/76 rue Championnet
75018 PARIS

SAVS
« Handicap psychique »

SAVS-SAMSAH Croix Marine

5 rue des Maquisards
68120 PFASTATT

SAVS-SAMSAH
« Handicap psychique »

SAMSAH ADGESTI

21, rue Albert Einstein
72650 LA CHAPELLE SAINT AUBIN

SAMSAH
« Handicap psychique »

SAMSAH Alpha Bord de Loire

243 rue Jean Jaurès
49800 TRELAZE

SAMSAH
« Handicap psychique »

SAMSAH Espoir 33 - ARSA Appartements relais avec soins ambulatoires

20 cours Gambetta
33150 CENON

SAMSAH
« Handicap psychique »

SAMSAH Erik Satie - Association d'entraide VIVRE

3 et 5, rue Emile Raspail
94110 ARCUEIL

SAMSAH
« Handicap psychique »

Une étude approfondie et multidimensionnelle pour chaque service

La compréhension de ces organisations et de leur capacité à répondre aux besoins et attentes *spécifiques* des personnes en situation de handicap d'origine psychique ne pouvait passer, à notre sens, que par une lecture multidimensionnelle, interrogeant les divers axes de l'action des dix services et croisant les points de vue des différents acteurs impliqués dans l'accompagnement des situations de handicap psychique.

Ainsi, pour chacun des services retenus, nous avons procédé aux investigations suivantes (entre mars 2009 et mai 2010) :

- *une analyse de tous les documents écrits relatifs à la structure* a permis de dégager un premier état des lieux du dispositif ;
- *un entretien avec le directeur* a été utile pour vérifier et compléter les informations et les constats transmis par les documents écrits, et pour approfondir qualitativement certaines questions ;
- *une réunion avec l'équipe professionnelle* a été conduite pour échanger sur les pratiques professionnelles et la place de chacun des membres au sein de l'équipe pluridisciplinaire ;
- *4 biographies* ont été établies, à partir d'accompagnements réels actifs (personnes actuellement suivies), afin de venir illustrer la spécificité des profils des personnes suivies et des modes d'accompagnement mis en place ;
- *3 entretiens avec des partenaires institutionnels* ont été conduits pour mieux comprendre comment ces services d'accompagnement se positionnaient au sein du territoire et quelle articulation existait avec les différents dispositifs apportant un soutien à ce public⁵ ;
- *2 entretiens semi-directifs* ont été menés auprès de *personnes* en situation de handicap d'origine psychique et/ou de leurs *aidants familiaux*, pour recueillir leur avis sur leur parcours de vie et les soutiens proposés⁶.

A l'issue du recueil de ces informations, l'équipe de recherche a convié les services pour une séance collective de travail (21 juillet 2010) visant à échanger autour de la production d'un premier écrit sur l'analyse comparée des dix services. Sept des dix services ont participé à cette rencontre, qui a nourri la problématisation des constats et des préconisations pour améliorer les prestations offertes aux usagers.

⁵ Les 30 entretiens ont été réalisés auprès des acteurs suivants : 11 entretiens avec des représentants des secteurs psychiatriques (psychiatre, infirmière) ; 4 entretiens avec des acteurs de l'insertion professionnelle (1 entreprise adaptée, 2 ESAT, 1 chargé d'insertion prof. MDPH) ; 4 entretiens auprès de dispositifs visant d'abord à la réalisation d'activités de loisirs et/ou développement du lien social (1 GEM, 1 accueil de jour/GEM, 1 club médicalisé d'une résidence accueil, 1 centre culturel de quartier) ; 3 entretiens au sein de services assurant la mise en œuvre des mesures de protection juridique (1 service mandataire judiciaire de l'UDAF, 2 services mandataires judiciaires associatifs) ; 3 entretiens avec la MDPH ; 2 entretiens avec des dispositifs de logement (1 CESF d'une résidence sociale pour travailleurs migrants, 1 bailleur social) ; 2 entretiens avec un service d'aide à domicile ; 1 entretien avec un service d'alcoologie.

⁶ 21 entretiens ont été réalisés, ce qui concernait 18 situations. Pour 13 situations, seule la personne a été rencontrée, pour 2 situations, seuls les parents ont été rencontrés, et pour 3 situations, la personne et ses parents ont fait l'objet d'un entretien. Ainsi, 16 entretiens personnes et 5 entretiens « parents » ont été réalisés.

2 - L'hétérogénéité des services d'accompagnement

Les dix services d'accompagnement sur lesquels repose cette recherche s'avèrent très différents, tant dans leur organisation qu'en termes de public visé. Cette hétérogénéité n'est pas une surprise en soi dans la mesure où le critère principal de sélection des services (dans le cadre de cette recherche) portait justement sur la plus grande diversité possible du panel, au regard de leur histoire institutionnelle, de la composition de leur équipe, des caractéristiques des publics suivis, des modalités d'intervention, ou encore des partenariats existants.

Si ce panel ne peut prétendre à une quelconque représentativité des SAVS et SAMSAH existants en France en 2010, il illustre bien une certaine palette des possibles composantes de l'action d'un service d'accompagnement qui, comme la recherche l'a montré, dépend fortement des caractéristiques très diverses que recouvrent ces situations de vie (selon les personnes ou les étapes du parcours de vie) ainsi que des contextes environnementaux contrastés.

2.1 – Histoires et logiques institutionnelles

« L'histoire » de la création des 10 services d'accompagnement montre la diversité des démarches et permet d'éclairer et de comprendre comment des initiatives locales s'inscrivent dans une évolution globale des réponses en matière de situations de handicap d'origine psychique. Ce sont des militants de l'action sociale, des familles et des professionnels du secteur psychiatrique, qui ont précédé, accompagné et dépassé parfois, l'évolution du cadre réglementaire.

■ Trois formes d'organisation historique des gestionnaires

Sans être exhaustif, cet échantillon illustre trois cheminements ou trois formes d'organisation historique des gestionnaires ayant développé des services d'accompagnement intervenant exclusivement ou non auprès de personnes en situation de handicap psychique :

- **Les associations issues historiquement du secteur médico-social.** Il s'agit d'associations reflétant les mouvements associatifs ayant contribué à la création d'une majorité des établissements et services médico-sociaux à partir des années 60 (associations affiliées par exemple à l'UNAPEI, l'APAJH, etc.). Pour ces associations, la création d'un service d'accompagnement s'inscrit souvent dans le cadre de l'évolution des politiques sociales pour une promotion de l'insertion sociale en milieu ordinaire des personnes handicapées, en favorisant l'exercice de leur choix de vie et leur participation pleine et entière à la vie de la Cité. L'ouverture à un public présentant un handicap d'origine psychique répond à l'évolution de la clientèle de leurs structures qui accueillent progressivement une proportion de plus en plus importante de personnes dont la déficience intellectuelle est associée à des troubles psychiques, voire dont la déficience intellectuelle est directement liée à une altération des fonctions psychiques. Une variante de ce « modèle » des associations « historiques du secteur médico-social » rassemble les projets associatifs les plus anciens (élaborés au lendemain de la deuxième guerre mondiale) qui ont su résister aux tentatives de partition entre le secteur médico-social et sanitaire générées par les lois de 1970 et 1975, et qui ont choisi ainsi de développer aussi bien des lieux de soins visant une réadaptation sociale et professionnelle que des structures médico-sociales. C'est dans cette perspective « non cloisonnée » que ces associations ont évolué d'un concept de handicap ou de maladie vers une notion de personnes vulnérables (qu'il s'agisse de CHRS accueillant un public de plus en plus nombreux présentant au premier plan des troubles psychiques, de SAVS, de CRP, etc.).

- **La psychiatrie institutionnelle et/ou inscrite, plus récemment, dans le mouvement de la réhabilitation sociale.** Ces gestionnaires font partie souvent de ces institutions qui ont fortement participé à la transformation du paysage psychiatrique français avec la mise au point de modalités expérimentales et innovantes de soins psychiatriques ambulatoires pour adultes. L'histoire de ces institutions s'inscrit dans la continuité de Tosquelles et de Bonnafé (avec l'expérience de Saint Alban pendant la guerre) qui incite 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. Leur histoire s'intègre également dans la mise en place du secteur, puis la participation des malades à leur traitement en position de sujet-citoyen à part entière, et dans le prolongement, les soins de réadaptation et la réhabilitation psychosociale, qui déboucheront notamment sur une réflexion sur l'insertion et la réinsertion, ainsi que la promotion de la notion de handicap psychique. Il s'est agi à la fois de soigner un maximum de patients dans la Cité pour favoriser la réinsertion et la réadaptation des malades et de créer également des structures médico-sociales susceptibles d'accompagner la personne dans son parcours, notamment au niveau social et professionnel. Cependant, *pour certains secteurs psychiatriques* à l'origine d'un service d'accompagnement, la création de ce type de structure répondait d'abord à *la préoccupation immédiate du Centre hospitalier de trouver une solution plus adaptée aux besoins des patients « chroniques », hospitalisés au long cours, sans que cette démarche s'intègre forcément dans une transformation des pratiques.*
- **La mouvance de l'UNAFAM.** Ces associations voient généralement le jour dans les vingt ans qui précèdent le « *livre blanc* » (2000). L'UNAFAM en tant qu'association de familles, ne souhaite pas alors gérer directement des structures, mais ses militants sont à l'initiative de plusieurs associations gestionnaires, dont le nom comporte le plus souvent le mot « Espoir » ou « Espérance ». La création des différentes structures médico-sociales par ces associations « affiliées » à l'UNAFAM a pour vocation de répondre aux besoins des personnes handicapées psychiques dans les six domaines que l'UNAFAM définit dans son plan pour « l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité »⁷. Certaines de ces associations se réfèrent explicitement aux orientations de la psychiatrie communautaire et de la réhabilitation psychosociale (en appliquant la plupart des principes de Cnaan⁸) dans l'accompagnement médico-social qu'elles proposent (l'individualisation des réponses, l'intervention précoce et sur l'environnement, etc.), dans la palette des dispositifs mis à disposition (emploi, logement, formation, etc.), les outils développés (grille d'auto-évaluation partagée, ateliers d'apprentissage centrés sur le développement des habiletés sociales), ou encore sur la place de la personne accompagnée (notion « d'usager-adhérent »). D'autres se caractérisent par un projet associatif encore très investi par les parents et dont un des axes forts consiste à prendre en compte les savoir-faire des familles et à les soutenir dans leur rôle d'aidant.

■ Des logiques institutionnelles différentes

Mais l'origine des projets de service s'inscrit ensuite dans l'évolution institutionnelle de ces promoteurs (pour lesquels, avec le temps, les frontières de cette catégorisation ne sont plus si marquées) et dans le souci de répondre, sur le terrain, à des besoins non couverts au sein des autres structures qu'ils gèrent ou pour s'associer aux préoccupations de partenaires.

Ainsi, la création des services d'accompagnement vient, pour certains promoteurs, compléter la palette diversifiée des équipements gérés, moins pour s'adresser à un public nouveau que pour **répondre à des besoins et attentes encore non satisfaits pour les personnes accueillies ou accompagnées par leurs autres structures médico-sociales ou sanitaires**, sur des domaines de vie participant au bien-être social (au sens de l'OMS). Ainsi, le SAVS ou le SAMSAH peut avoir pour vocation de

⁷ La continuité des soins, les ressources, le logement et l'hébergement, l'accompagnement et l'accueil, la protection juridique, les activités, le travail.

⁸ Les 10 principes de Cnaan (1988) : utilisation maximale des capacités humaines ; doter les personnes d'habiletés ; l'auto-détermination ; la normalisation ; l'individualisation des besoins et des services ; l'engagement des intervenants ; la déprofessionnalisation de la relation d'aide ; intervenir précocement ; structurer l'environnement immédiat ; changer l'environnement plus large.

répondre à la demande des personnes de ne plus vivre en collectivité ou au domicile parental, en les accompagnant dans la formalisation et la mise en œuvre de ce projet résidentiel, en les soutenant dans l'organisation de leur vie quotidienne et en prévenant des situations d'isolement social qui pouvaient découler de cette vie en logement personnel. Ce service peut intervenir en complément ou en aval des services de prise en charge psychothérapeutique ambulatoire et poursuivre le (ou participer au) processus de réhabilitation psychosociale centrée sur l'insertion de la personne, dans un espace social protégé et qui constitue un tremplin pour une participation sociale en milieu ordinaire. Pour un des SAMSAH de la recherche, son projet s'est construit au départ à partir des besoins repérés parmi les travailleurs d'un ESAT « handicap psychique » de l'association gestionnaire, qui se sont manifestés notamment par un absentéisme important au travail, des problèmes d'hygiène et, de façon plus traumatisante pour l'ensemble de l'équipe, par deux suicides. Pour une autre association, c'est la difficulté majeure de traiter de façon satisfaisante les problèmes d'incurie et de santé somatique de certains usagers du SAVS qui ont conduit à envisager la création d'un SAMSAH, au sein de la même association.

La création du service d'accompagnement est aussi parfois **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, **sur un territoire donné**. Le projet de service repose alors en général sur des conventions formalisées avec le secteur psychiatrique et une implication plus importante des pouvoirs publics (Conseil général, DDASS, Communauté d'agglomération).

Enfin, dans certains cas, **le projet du service se confond avec le projet associatif**, ou constitue le pivot des actions conduites par l'association, en porte les valeurs ainsi que les principes d'intervention, ou encore le processus d'innovation sociale. Dans une telle configuration, l'association privilégie le développement d'actions partenariales à la création de nouvelles structures médico-sociales.

■ Entre valeurs et réalités territoriales

A partir du prisme de notre échantillon de services d'accompagnement, nous pouvons extraire **deux résultats** de cette histoire des services d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques.

D'une part, celle-ci se comprend dans la construction des réponses sanitaires et sociales en France depuis 1945, fortement marquée dans le contexte français :

- par une valse-hésitation de l'Etat massivement présent dans la structuration des réponses sanitaires en santé mentale (lois de 1970, de 1990 et de 2009) sans qu'un principe directeur ne se dégage des choix politiques successifs. Les services d'accompagnement « issus » du secteur psychiatrique sont en lien avec les militants de la psychiatrie dans la Cité et de la réhabilitation sociale, mais ce courant ou ce mouvement de la psychiatrie pèse peu de poids par rapport à l'organisation sanitaire hospitalo-centrée, ce qui permettra de comprendre (voir chapitres suivants) les incompréhensions ou malentendus entre les services d'accompagnement et les secteurs psychiatriques ;
- par une délégation massive de l'Etat au secteur privé non lucratif dans le secteur médico-social (85% du social et du médico-social sont gérés jusqu'à présent par ce dernier), ce qui a permis, entre autres, de favoriser les initiatives qui ont fait évoluer la législation et la réglementation notamment celles des années 2000 ;
- Ces deux caractéristiques aboutissent à une sorte de convergence des différents promoteurs, cohérente avec l'esprit des lois des années 2000 sur *la prise en compte de la personne comme personne citoyenne à part entière*.

D'autre part (comme deuxième résultat), cette histoire des services d'accompagnement (biaisée par notre échantillon), montre une diversité d'organisation liée à la spécificité de chaque territoire qui tient compte des services sanitaires préexistants (et de leur « poids »), ce qui d'ailleurs est en cohérence avec l'esprit qui a prévalu dans l'écriture du décret de 2005. Il faut se rappeler qu'un de ses principaux initiateurs, Jean-François Bauduret, à l'époque chargé du dossier à la DGAS, insistait sur « la géométrie variable » des services d'accompagnement en fonction des réalités du territoire.

2.2 – Le profil des publics suivis

Si la diversité des dix services retenus pour cette recherche-action s'intègre dans les histoires et les logiques institutionnelles précédemment décrites, elle s'exprime également en termes de profil du public accueilli.

Plusieurs grands profils de population (« profils-type ») se distinguent parmi les publics accompagnés par ces dix services :

- des personnes se caractérisant principalement par une certaine limitation de l'efficacité intellectuelle liée à des difficultés cognitives et/ou psychiques, avec une trajectoire sociale et familiale souvent chaotique, présentant **une certaine autonomie dans la vie quotidienne mais ayant souvent besoin sur le long terme d'un étayage pour les aider à organiser et articuler leur vie quotidienne, sociale et professionnelle**, en cohérence avec leur projet de vie. Une majorité de ces personnes a été scolarisée dans un établissement d'éducation spéciale et connaît actuellement une activité professionnelle en structure de travail protégé ;
- des personnes suivies par les services ambulatoires de psychiatrie ou la psychiatrie libérale (et ayant connu des hospitalisations longues ou répétées), n'ayant plus de troubles du comportement (maladie dite « stabilisée ») et qui reconnaissent leur maladie. Elles vivent le plus souvent dans un logement personnel (et pour les plus jeunes au domicile parental). Si elles présentent une certaine autonomie dans la vie quotidienne, **des capacités intellectuelles souvent intactes** (voire connaissent un niveau d'instruction élevé) et une bonne expression orale, ces personnes se caractérisent d'abord par une difficulté dans la construction et l'entretien d'une relation avec l'autre (source de souffrance psychique). Elles connaissent ainsi fréquemment **un grand isolement social** et s'inscrivent difficilement dans un parcours professionnel. L'entretien de leur logement ainsi que la gestion de leurs démarches administratives et budgétaires leur posent problème en raison de la difficulté qu'elles ont pour entreprendre des tâches ou initier des démarches au quotidien et sur la durée. Ces personnes présentent le plus souvent une schizophrénie, mais aussi des troubles bipolaires, des névroses invalidantes ou encore des pathologies de la personnalité ;
- des personnes, adressées majoritairement par les secteurs psychiatriques (sortie d'hospitalisation, CMP, hôpitaux de jour) dont la pathologie psychiatrique grave a **des répercussions importantes sur la perception de la réalité, la représentation de soi et le rapport aux autres**, qui se traduisent notamment par des limitations conséquentes (et souvent fluctuantes) dans la réalisation des activités courantes, et notamment en termes **d'hygiène personnelle** et pour le maintien de conditions minimales de propreté et/ou de rangement du logement (incurie). La non-reconnaissance de leur maladie psychique ou de certaines de ses manifestations compromet souvent la continuité des soins ou l'observance du traitement, condition pourtant essentielle pour améliorer les performances dans les autres dimensions de vie. **Les problèmes somatiques sont plus fréquents** dans la mesure où le rapport au corps, à la douleur, les effets secondaires de certains médicaments et les problèmes d'accès au système de soins conduisent à une morbidité plus importante. La santé au sens large est ainsi un domaine de grande attention d'autant que les symptômes sont difficiles à déceler. Une part importante de ces personnes bénéficie d'une mesure de protection juridique (curatelle) ;

- des personnes connaissant, au moment de leur admission au service d'accompagnement, **des situations de grande précarité médico-sociale**⁹, souvent sans reconnaissance de leur handicap, n'ayant jamais connu de suivi psychiatrique ou en rupture de soins, présentant des maladies psychiques, en lien ou associées fréquemment à des problèmes d'addictions.

Aucune des caractéristiques évoquées n'est pour autant exclusive de l'un ou de l'autre profil et n'est spécifique à un service en particulier, même si le premier profil est majoritaire au sein des SAVS « généralistes » tandis que le troisième est plus fréquent au sein des SAMSAH de notre panel. Le dernier profil est surtout caractéristique du SAMSAH Adgesti qui constitue le seul service (de notre panel) dont une des missions essentielles est l'accès au suivi psychiatrique pour des personnes très désocialisées et adressées essentiellement par des services sociaux (logement, insertion professionnelle).

De plus, les personnes présentant des addictions à l'alcool (et de façon plus marginale aux drogues) sont présentes dans tous les services et leur situation est souvent évoquée comme mettant en exergue les limites d'intervention du service.

2.3 – Les missions des services

Les différents documents institutionnels qui encadrent (ou rendent compte de) l'intervention de chacun des services (projet de service, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, rapport d'activité, etc.) présentent les missions que se donne le service d'accompagnement et ses différents registres d'intervention.

Les dix services retenus dans cette recherche-action partagent, au minimum, les missions dévolues aux services d'accompagnement à la vie sociale telles qu'elles sont 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 ».

Ainsi, tous visent à « favoriser l'autonomie des personnes dans leur vie quotidienne » et prennent spécifiquement en compte les attentes de la personne et ses capacités (ou niveaux d'autonomie) dans le cadre de l'élaboration d'un projet individuel d'accompagnement.

Cependant, certains domaines de vie ou thématiques particulières occupent une place plus ou moins importante dans les buts fixés dans l'accompagnement social ou médico-social de ces dix services.

■ La 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 vie¹⁰.

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

⁹ Il s'agit souvent de personnes qui ont fait l'objet d'un signalement social (problèmes de logement, de couverture de maladie, etc.) mais pour lesquelles les travailleurs sociaux ne sont pas en mesure d'intervenir en raison des troubles psychiques. Le désavantage social est consécutif à leurs troubles psychiques et à l'absence de soins adaptés.

¹⁰ 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.

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 à priori partie « des actions des différents intervenants » que les SAVS sont susceptibles de *suivre* et de *coordonner*¹¹.

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.

Mais les documents officiels de présentation des missions et des registres d'intervention n'y font pas forcément explicitement référence pour les SAVS (généralistes ou spécialisés). En revanche, les quatre SAMSAH font état tous d'actions relatives aux soins, majoritairement en *assurant une veille médicale et une coordination des soins*. Seul le SAMSAH Adgesti met l'accent dans son projet sur la dispensation des soins au sein du service « dans la perspective d'un accès durable aux soins par les équipes soignantes des secteurs de psychiatrie publique ou par le secteur sanitaire libéral ». La mission visant un accès aux soins *psychiatriques* et l'effectivité de leur mise en œuvre est donc primordiale dans ce service qui s'adresse d'abord à des personnes très désocialisées et n'ayant jamais connu (ou en rupture) de soins.

■ La vie sociale et citoyenne

Certains services insistent davantage sur l'objectif visant au développement d'une *vie sociale et citoyenne*. Pour ceux-ci, l'intégration sociale ne passe pas seulement par un appui à l'accès aux dispositifs de droit commun et à la restauration de liens avec leur environnement, mais elle porte également sur une organisation de l'accueil et un choix dans les modalités d'intervention du service *qui favorisent la rencontre de l'autre*. Le service d'accompagnement doit offrir ainsi un « lieu de resocialisation qui constitue un tremplin pour la vie autonome », « permettre une citoyenneté active », « redonner un sentiment d'utilité sociale » ou encore proposer « un lieu permettant d'enrichir leur vie relationnelle ». Pour ces services, *les activités de groupe* occupent une place importante.

■ L'activité professionnelle

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 qui entre peu dans la description *officielle* des missions des dix services de la recherche. Quand l'insertion professionnelle est citée comme un des objectifs poursuivis par le service, elle est associée à l'intégration sociale en général, sans plus de précision sur ce que recouvre cette notion ou elle est reliée à l'action d'autres dispositifs gérés par leur association concernant la formation et l'insertion professionnelle¹².

¹¹ « 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.

¹² Dispositif d'insertion en milieu ouvert (DIMO) pour Espoir 54. Pour Adgesti : deux ESAT « handicap psychique », service d'évaluation de l'employabilité, section annexe de l'ESAT pour travailleurs handicapés à temps partiel, service d'Appui social individualisé (ASI), service d'accompagnement FSL.

Seul le SAMSAH Alpha fait état, dans les différents textes réglementaires du service (projet de service, charte associative, règlement de fonctionnement) de la possibilité d'un « appui à l'intégration professionnelle », « d'un appui dans l'élaboration d'une insertion professionnelle individualisée, réaliste et partagée » ou encore de « moyens pour aider à la construction et la réalisation du projet professionnel ». Le contrat individuel d'accompagnement de ce service répartit les prestations proposées en trois domaines : domaine de la vie sociale, domaine du soin, domaine de la vie professionnelle. Le SAMSAH Alpha a pour particularité de disposer au sein de son équipe pluridisciplinaire d'un chargé d'insertion professionnelle.

■ Soutenir les aidants

A l'exception du SAVS Espoir 35, la question des aidants familiaux n'est pas abordée dans la définition des missions du service. Elle n'est abordée que sous l'angle d'une aide apportée aux personnes suivies dans la restauration ou le maintien des liens avec leur famille, mais non comme une action s'adressant d'abord à ceux qui les soutiennent au quotidien.

Le SAVS Espoir 35, dont la définition des missions est fortement empreinte des revendications de l'UNAFAM auprès des pouvoirs publics, pose parmi les six objectifs poursuivis par l'accompagnement social, celui de « soulager les aidants familiaux ». L'arrêté d'habilitation du 22 mars 2001 liant le Conseil général d'Ille-et-Vilaine à l'Association Espoir 35 précise l'engagement « d'assurer aux familles des personnes handicapées par la maladie psychique un *soutien psychologique* et une *formation* ».

Le projet associatif propose ainsi diverses actions comme le suivi d'une convention de partenariat entre les aidants familiaux et les professionnels du SAVS (signée par l'aidant familial au moment de la signature du projet individualisé de l'utilisateur) ; des modules d'information animés par un formateur extérieur ; la participation des aidants familiaux aux travaux relatifs à l'évolution du projet de service et des différents outils de la loi 2002-2.

19

■ Des critères d'admission qui font d'abord écho aux objectifs visés par l'accompagnement en termes de santé

Si l'appui aux soins est un registre d'intervention évoqué « officiellement » uniquement pour un SAVS spécialisé et les SAMSAH de notre panel, en revanche, les dix services ont des critères d'admission qui prennent en compte l'état de santé psychique et/ou le suivi psychiatrique.

Ainsi, les SAVS spécialisés posent tous comme exigence, dans les critères officiels de l'admission, un suivi psychiatrique ou la volonté d'intégrer une démarche de soins (même si, dans les faits, cette condition n'est pas toujours respectée pour aller au devant de personnes en rupture de soins).

Pour deux SAMSAH (Alpha et l'Association d'Entraide Vivre), l'accès à l'accompagnement médico-social est conditionné à la mise en place d'un suivi psychiatrique ; le premier ayant circonscrit strictement son action à la veille médicale et à l'articulation des soins, et le deuxième ayant bâti son projet sur une articulation étroite avec les secteurs psychiatriques visant à assurer une continuité du parcours de soins.

La question ne se pose pas en ces termes pour les deux autres SAMSAH dans la mesure où les personnes accompagnées par le premier sortent tous de la même unité d'hospitalisation, et pour le deuxième, la dispensation des soins en interne vise justement à pallier, pour une majorité des personnes adressées, l'absence de soins et à entamer un premier suivi psychiatrique dans la perspective de les orienter durablement vers les secteurs psychiatriques ou des praticiens libéraux.

Contre toute attente, les deux SAVS généralistes du panel, qui n'ont pas construit un projet spécifique en direction de personnes présentant un handicap psychique, n'excluent pas d'emblée ce type de public, et n'exigent pas « officiellement » un suivi psychiatrique préalable comme critère d'admission, à condition que ces problématiques de maladies mentales soient compatibles avec une vie en société.

2.4 – Composition et caractéristiques de l'équipe professionnelle

Le décret du 11 mars 2005, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement, a dressé volontairement une liste étendue des différents professionnels susceptibles d'être mobilisés, afin de laisser une marge importante à l'innovation sociale.

Ce texte réglementaire a choisi de ne pas conditionner la composition de l'équipe aux profils éventuellement spécifiques auxquels s'adresse le service. Seule la présence de prestations de soins implique, pour les services concernés (SAMSAH), de se doter en sus des professionnels communs, de médecins, d'infirmiers¹³ ou d'aides-soignants.

Les psychologues sont inscrits au sein de la liste des professionnels pouvant aussi bien intervenir dans les SAVS que les SAMSAH.

Par ailleurs, si le catalogue des professions proposé est vaste, il n'est pas pour autant fermé. En effet, le décret précise « *qu'en outre, l'équipe pluridisciplinaire de chaque service peut comporter, en tant que de besoin et dans le respect du projet du service, tout professionnel susceptible de concourir à la réalisation de sa mission* » (Art. D. 312-155-16.).

Aussi, sur le terrain, la composition des équipes et leurs caractéristiques s'avèrent très diversifiées, même si la comparaison des dix services retenus par la recherche permet de repérer certaines constantes ou spécificités.

20

■ Les « accompagnateurs sociaux » au cœur de l'équipe SAVS

Le plus souvent nommés « accompagnateurs » (mais aussi « accompagnateurs-médiateurs¹⁴ » ou encore « animateurs »), ces professionnels proposent un suivi individuel et global de la personne, complété, pour certaines dimensions de vie, par l'intervention d'autres professionnels (au sein de l'équipe ou dans le cadre de services extérieurs), principalement sur le versant de l'aide aux actes essentiels et à l'entretien du logement (AMP et auxiliaires de vie) et en articulation avec d'éventuelles activités collectives (animées par des membres de l'équipe et/ou par des vacataires, ou encore des partenaires extérieurs).

Ils assurent le plus souvent, de façon unique ou partagée, la référence de cette situation auprès de la personne, des autres membres de l'équipe et des partenaires. De formation principalement d'éducateur spécialisé, mais aussi d'assistant social, de conseiller en économie sociale et familiale, ou encore de psychologue¹⁵, ces professionnels constituent l'essentiel (voire l'intégralité) de l'équipe intervenant directement auprès de la personne accompagnée au sein des SAVS.

¹³ Les auxiliaires médicaux auxquels fait référence le décret (en lien avec le code de la Santé publique), outre les infirmiers, comprennent également les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les orthophonistes, les orthoptistes, les opticiens, les audioprothésistes et les diététiciens.

¹⁴ Au sein du SAVS Espoir 54, cette appellation a été choisie pour rendre compte de la double mission confiée à ces professionnels : d'une part, une fonction de suivi et de référent du contrat-projet passé avec la personne accompagnée et d'autre part, une mission spécifique qui consiste à développer pour chaque professionnel une action en lien avec l'environnement du SAVS. Ainsi, un des accompagnateurs est chargé du développement des liens entre le SAVS et la MDPH (en particulier sur la question de la PCH) ; un autre se consacre aux relations spécifiques avec les bailleurs sociaux ; un autre est positionné sur l'articulation avec les dispositifs de loisirs de droit commun, etc.

¹⁵ Deux services comprennent un psychologue en cours de VAE d'éducateur (un SAVS généraliste et un SAVS spécialisé). Dans un autre SAVS spécialisé, deux psychologues, dotés d'expériences de psychologues cliniciens dans les secteurs psychiatrique et médico-social, font partie des « accompagnateurs », au même titre et pour exercer la même fonction que les autres accompagnateurs de l'équipe, de formation CESF, ES ou AS. Enfin, dans un SAVS généraliste, un animateur diplômé (BEATEP) et un moniteur-éducateur font partie des accompagnateurs ; dans un service spécialisé, un des postes « d'accompagnateurs » est occupé par une ex-infirmière psychiatrique formée à l'art-thérapie.

Malgré une formation initiale non identique et ayant connu des expériences professionnelles variées et sur des fonctions distinctes, ces différents accompagnateurs, au sein d'une même équipe, « font tous la même chose ».

Cependant, leurs compétences singulières sont souvent prises en compte :

- soit au moment de l'admission de la personne, dans la désignation de la référence et l'assignation d'un des accompagnateurs pour le suivi *principal* de la personne¹⁶ ;
- soit dans la sollicitation d'un appui ponctuel au sein de l'équipe pour dépasser une difficulté ou faire appel à des connaissances ou des savoir-faire complémentaires, en lien avec une clinique ou des dispositifs spécifiques¹⁷.

■ Les membres de l'équipe pluridisciplinaire mobilisables autant que de besoin au sein des SAMSAH

En revanche, *au sein des SAMSAH*, les travailleurs sociaux n'occupent pas une place prédominante ou « pivot », mais correspondent à une composante comme une autre de l'équipe pluridisciplinaire, mobilisable autant que de besoin, selon la demande de la personne et le sens de l'accompagnement proposé, à un moment donné. Ils ne constituent pas non plus la « porte d'entrée » systématique dans l'accompagnement et ne sont pas davantage porteurs de la référence de la situation.

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 la personne comme accompagnateur* (y compris le psychiatre pour le SAMSAH Adgesti), 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.

Les SAMSAH rencontrés précisent que leur projet (souvent encore très récent) a plutôt tendance à évoluer vers *une plus grande multiplicité des interventions et des références* pour une même situation, les personnes accompagnées « ne pouvant tenir dans la relation duelle » sur la durée.

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*. Ainsi, quel que soit leur titre professionnel, tous accompagnent les personnes, dans leur vie quotidienne et sociale, pour les aider à accéder à une vie ordinaire comme alternative à leur « vie morbide » (trouver une alternative de vie sociale et non résoudre un problème de santé, un « état morbide »). Tous participeront à la production des effets thérapeutiques de l'accompagnement. Mais, les différents membres pourront s'appuyer, autant que de besoin, sur leur clinique pour recevoir les différentes demandes des usagers (qui peuvent s'inscrire dans le registre de la santé, de l'insertion professionnelle, de la vie quotidienne, des activités collectives créatives ou de loisirs, etc.) et intervenir sur les différentes composantes de l'accompagnement.

La désignation des accompagnateurs est ainsi le plus souvent *collégiale* ; elle s'établit au regard des caractéristiques de la situation et des demandes de l'utilisateur, et change tout au long du parcours.

¹⁶ Ainsi, dans un SAVS spécialisé, les personnes ayant au premier plan des difficultés dans l'organisation de leurs documents administratifs ou l'investissement de leur logement sont plutôt adressées à l'accompagnateur de formation « CESF », tandis que celles pour lesquelles la difficulté majeure consiste à sortir de leur logement et élaborer des demandes sont prioritairement adressées à l'accompagnateur de formation « infirmière psychiatrique ».

¹⁷ Au sein d'un SAVS spécialisé : « nous faisons tous la même chose, mais nous pouvons nous appuyer les uns sur les autres, évoquer nos limites, passer une commande ou travailler en co-référence ». L'accompagnateur de formation AS précise : « Parfois, le fonctionnement d'une personne est trop complexe au niveau psychologique. Alors je passe une commande à une collègue psychologue pour arriver à travailler car je sens qu'à mon insu la personne a déplacé l'entretien sur le plan psychoclinique. Et là tout le monde se perd, elle et moi ». Sa collègue de formation initiale psychologue précise « L'inverse est vrai aussi, je peux passer une commande sur des aspects matériels mieux maîtrisés par les collègues travailleurs sociaux ».

Exemple du fonctionnement d'une équipe pluridisciplinaire d'un SAMSAH autour d'une situation « complexe »

Pour une des biographies recueillies, l'accompagnement a été sollicité suite à un signalement social et a mobilisé par conséquent d'abord le travailleur social du SAMSAH qui a très vite été limité par la manifestation des troubles psychiques en termes de passivité et de confusion dans le discours (qui mettaient en échec toute démarche).

Le regard clinique de l'infirmière est apparu incontournable pour travailler avec la personne sur le sens de l'accompagnement, qui a consisté pendant deux ans à échanger avec la personne régulièrement sur son quotidien, en partageant des moments de vie dans les espaces de rencontre choisis par la personne (à son domicile, au café, pendant les courses) pour envisager progressivement, à partir de son discours, un autre logement et une perspective de soins.

Cette personne n'ayant jamais connu de suivi psychiatrique (« beaucoup ont une structure psychotique sans qu'une pathologie ne soit en place ») et exprimant un sentiment de solitude, le psychiatre du SAMSAH a été mobilisé, à l'occasion d'une pause de rideaux dans le nouveau logement. Cette première rencontre avec le psychiatre a permis un entretien par la suite au SAMSAH pour une première prescription (qui n'a pas tout de suite été suivie d'un achat des médicaments ni de prise du traitement).

L'intervention d'une AMP du SAMSAH n'a pas pu être mise en place au début du suivi malgré des besoins urgents dans la vie quotidienne (insalubrité du logement), dans la mesure où la personne ne pouvait y mettre du sens (au risque sinon de produire de l'angoisse tant chez la personne accompagnée que chez l'AMP).

Une auxiliaire de vie (d'un service à domicile) a pu par la suite intervenir, dans le nouveau logement, moyennant la supervision du SAMSAH, notamment pour aider cette professionnelle à accepter « de ne pas être dans la productivité immédiate (un logement bien tenu) mais à entrer suffisamment dans une relation clinique » qui vise d'abord à installer une nouvelle forme de ritualisation pour maintenir une certaine hygiène et supporter pour cela de refaire sans cesse certaines tâches ou accepter un niveau de propreté relatif.

Cet exemple montre bien l'intérêt de la pluridisciplinarité d'une équipe où chacun occupe une place d'accompagnateur (dans le cadre du projet collectif du service) et s'appuie sur sa clinique et ses compétences spécifiques pour intervenir auprès de la personne, autant que de besoin et sur des séquences précises de l'accompagnement.

■ Les « accompagnateurs » impliqués dans le domaine de l'insertion professionnelle

Seul le SAMSAH Alpha Angers (parmi les dix services de la recherche-action) dispose d'un professionnel spécifiquement chargé de la question de l'insertion professionnelle des usagers. D'une façon générale, l'intervention du chargé d'insertion professionnelle s'intègre dans l'accompagnement global de la personne qui vise à développer ses habiletés sociales et à le soutenir dans la formulation et la mise en œuvre de son projet de vie. Le chargé d'insertion professionnelle intervient toujours en complément de l'action des autres professionnels, et *les appuis proposés au sein des différents domaines de vie interagissent et donnent du sens à l'ensemble du suivi*. Ainsi, la confrontation à un projet professionnel peut constituer un déclic sur la nécessité de reprendre le traitement médical interrompu, les soins prenant sens dans le cadre de démarches relatives à l'emploi. Par ailleurs, l'infirmier et la psychologue sont souvent mobilisés plus particulièrement dans la période des stages, souvent éprouvante pour des personnes ayant des difficultés à s'adapter à de nouveaux environnements ou rythmes de vie.

Dans les autres SAMSAH, la dimension professionnelle n'est pas du tout prise en compte dans la mesure où les personnes sont jugées comme étant très éloignées de toute activité professionnelle.

Dans les autres SAVS (spécialisés et généralistes), l'insertion professionnelle est généralement traitée par les accompagnateurs, et consiste essentiellement à aider les personnes à se maintenir dans leur emploi ou à les orienter vers les dispositifs de droit commun, notamment de formation. De plus, les « accompagnateurs » font généralement le lien avec les équipes des ESAT, interviennent si les conditions de travail ne sont pas satisfaisantes, accompagnent éventuellement des changements de structures de travail protégé.

Cependant, le SAVS Espoir 54 a pour particularité d'une part, de travailler étroitement avec le service d'insertion en milieu ordinaire de travail en faveur de personnes handicapées psychiques (DIMO), géré par la même association, et d'autre part, d'avoir développé des outils spécifiques visant à aider les personnes à s'interroger sur leur projet professionnel et à mieux identifier leurs potentialités¹⁸.

■ Les « qualités » attendues des professionnels

Au moment de la création des services, les promoteurs ont souvent opté pour une équipe pluridisciplinaire 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.

Les capacités relationnelles sont les principales aptitudes communes à l'ensemble des professionnels intervenant auprès de personnes en situation de handicap psychique (« aptitudes personnelles à entrer en relation », « capacités à aller vers les autres, à initier la relation »).

De même, ce public implique que les professionnels soient en mesure de faire évoluer leurs modalités d'intervention et d'adapter leur processus d'accompagnement.

La capacité de travailler en équipe est également essentielle et nécessite que chacun reconnaisse à la fois le cadre d'intervention commun à l'équipe du service et les spécificités de chacun, en lien avec sa fonction ou son parcours professionnel.

Enfin, pour favoriser l'innovation sociale tant attendue des dispositifs souples que sont les services d'accompagnement, les professionnels doivent disposer d'une certaine liberté dans la façon de développer leurs pratiques professionnelles, être ouverts à la participation à des recherches ou colloques favorisant une réflexion sur celles-ci et faire preuve de créativité.

« La liberté d'action est aussi importante. Nous sommes assez libres. Il y a beaucoup de souplesse par rapport à nos centres d'intérêts. Il y a une certaine polyvalence, une diversité dans notre fonctionnement. Nous pouvons faire des propositions. Nous avons pu participer à ces deux recherches avec les CREAHI, nous avons participé à deux colloques. Cela permet de nous ouvrir, de développer d'autres compétences (...) L'équipe est prête à accueillir, entendre des propositions. Un professionnel peut être force de proposition ».

¹⁸ Ainsi, le *café emploi* offre un lieu de rencontre et d'échange autour de la question de l'emploi et des dimensions qui la composent. Ce temps collectif, animé conjointement par des professionnels de DIMO et du SAVS, permet d'accueillir différents acteurs des parcours d'insertion. Le module « découverte » est destiné à toute personne accompagnée par Espoir 54 et constitue le préambule de la prise en charge. En effet, ce module va permettre aux personnes de s'approprier l'ensemble des axes travaillés à Espoir 54, qu'ils relèvent du SAVS ou de DIMO. Ainsi, chaque personne va prendre connaissance de l'association et de ses différents services et connaître une première immersion dans le groupe, ce qui favorise l'appréhension de la réalité de la demande. Le module « insertion professionnelle et situation de handicap psychique » peut être proposé à toute personne accompagnée par le SAVS Espoir 54, quelle que soit l'étape du parcours qu'elle poursuit avec son référent. Il permet de s'interroger en petit groupe sur les conséquences liées au handicap psychique qui viendraient retentir au niveau des relations interpersonnelles dans l'entreprise. A l'issue de ce module, la personne handicapée psychique doit être en capacité de verbaliser ce qui relève du normal et du pathologique dans sa relation au travail et dans ses attentes, ceci afin de pouvoir construire un projet professionnel réaliste ou plutôt un projet de vie, en adéquation avec sa réalité psychique et physique, comme avec la réalité du monde de l'entreprise. Enfin, le SAVS anime également un module « travail et handicap » sur six ou sept séances, conjointement avec DIMO, qui explique ce qu'est la RQTH, à quoi cela donne droit, les différences entre le milieu ordinaire de travail et le milieu protégé, etc.

2.5 – Les modalités d'intervention

Les services d'accompagnement ont vocation à intervenir d'abord au domicile de la personne ainsi que dans tous les autres lieux où elle exerce ses activités et met en œuvre sa participation sociale. Le décret du 11 mars 2005, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement de ces services, évoque aussi les locaux du service comme un lieu de délivrance possible des prestations, mais de façon secondaire, comme par défaut (« le cas échéant »). Le décret ne donne pas d'autres précisions quant aux modalités d'intervention, et notamment sur le caractère individuel ou collectif des prestations proposées.

Pour la moitié des services de notre panel, l'accompagnement proposé repose uniquement sur l'action des professionnels (et non des pairs), dans le cadre d'entretiens individuels (à domicile ou au service) ou d'accompagnement individuel dans des démarches extérieures.

■ L'accompagnement individuel

Pour les dix services de notre panel, chaque usager bénéficie au moins d'un accompagnement individuel, qui constitue le socle du « projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement ». Il permet de créer une relation de confiance, de faire le bilan des limitations et aptitudes de la personne, de faire émerger des demandes et de définir des objectifs pour atteindre une plus grande autonomie dans la vie quotidienne et développer la participation sociale.

Cet accompagnement individuel peut comprendre des visites à domicile, des accompagnements physiques pour des démarches extérieures ou des entretiens au service. Toutes les catégories de professionnels y participent, à l'exception des animateurs ou des intervenants ponctuels mobilisés exclusivement sur des temps collectifs.

C'est généralement cet accompagnement individuel, et plus particulièrement les *visites à domicile*, qui spécifie l'intervention de ces services d'accompagnement aux yeux des partenaires. En effet, pour certains usagers très isolés, « reclus » dans leur appartement, la visite à domicile constitue le premier, voire le seul, lien social possible avec l'extérieur. Les infirmiers sont souvent mobilisés pour aller au devant de cette population sans demande de soins ni d'accompagnement, et la première tâche consistera souvent à leur faire ouvrir la porte, vider les poubelles ou encore vivre dans un logement aux volets ouverts. Par ailleurs, le domicile est le principal, voire l'unique, espace d'intervention des professionnels chargés spécifiquement d'apporter un appui à la vie quotidienne et à l'aménagement du logement. Ainsi, les AMP, les auxiliaires de vie et les aides-soignantes interviennent quasi-exclusivement dans le cadre de visites à domicile (en dehors de l'accompagnement ponctuel aux courses et/ou aux rendez-vous extérieurs).

■ Les activités collectives

Seule la moitié des services de notre panel propose des activités collectives.

Si certains services expliquent le choix de se limiter à un accompagnement individuel par les difficultés majeures de communication et de comportement de la majorité de leurs usagers (« *le collectif est difficile à envisager pour des personnes dont la maladie n'est pas encore stabilisée* »), d'autres l'attribuent à des moyens financiers insuffisants ou un manque de savoir-faire. Ces derniers envisageraient favorablement le développement d'activités entre les pairs (au moins pour une partie des personnes accompagnées), afin que « *quelque chose d'un processus de réhabilitation et de rétablissement puisse se mettre en œuvre* ».

En effet, au travers des différentes expériences décrites par les services du panel et des entretiens avec les personnes, *les interrelations et les échanges au sein d'un groupe de pairs apparaissent comme un outil déterminant pour faire émerger des compétences*. Dans plusieurs situations, les professionnels ont pu constater a posteriori que la parole d'un pair, stimulée par le soutien et la tolérance du groupe, avait eu plus d'impact que celle d'un professionnel ou d'un membre de la famille. Les professionnels ont noté que ces interrelations et ces échanges leur ont par exemple permis de dédramatiser l'hospitalisation en psychiatrie et de faire prendre conscience à certains d'entre eux qu'elle pouvait émaner d'une démarche volontaire et non pas seulement de la demande d'un tiers.

Ces temps collectifs peuvent prendre différentes formes, médiatisés ou non par une activité précise, entrant parfois dans un processus d'apprentissage, plus ou moins encadrés par des professionnels.

Le SAMSAH de l'Association d'Entraide Vivre est le seul SAMSAH de notre panel à avoir développé « **des temps collectifs de socialisation** ». Ce choix s'inscrit plus largement dans un projet associatif qui considère essentiel de développer une dynamique de socialisation au sein d'un espace institutionnel s'adressant à des personnes très isolées, désocialisées et/ou en difficulté psychique. En effet, le service d'animation a vocation à s'adresser aux usagers du SAVS (42 personnes), du SAMSAH (30 personnes), du CHRS (40 personnes) et de l'internat du Centre de rééducation professionnelle (30 stagiaires). Pour le SAMSAH, deux animateurs sont détachés, à raison d'une journée par semaine pour chacun, afin d'animer des ateliers ou faire des sorties deux après-midi par semaine et un samedi par mois. Cet espace d'animation « *a pour objectif de permettre aux personnes sortant de périodes d'hospitalisation parfois longues, d'offrir un cadre d'accueil convivial et dynamique qui favorise la socialisation (...), des temps de rencontre dans la vie de personnes isolées, souvent désœuvrées (...) qui sont autant de supports au travail d'accompagnement dans l'organisation de la vie quotidienne (...) pour inviter les personnes à ne pas se considérer uniquement comme malades, s'ouvrir à d'autres champs que l'univers médical (...), réintégrer des espaces de vie sociale dans le cadre rassurant du service dans un premier temps, puis pour certains, selon leur autonomie, dans la Cité.* »¹⁹

Malgré le savoir-faire et les moyens préexistants en termes d'animation sur les différents services gérés par l'Association d'entraide VIVRE, le SAMSAH a dû *considérablement adapter l'organisation des activités proposées pour les rendre accessibles au profil des publics accompagnés par le SAMSAH* (avec notamment différents niveaux de participation et d'activités proposés : d'un quart d'heure passé à l'espace d'animation à la participation à un atelier ou à des sorties). Les deux AMP participent aux activités collectives. Le partage d'activités avec les personnes accompagnées par le SAVS ou le CHRS de l'association est peu fréquent et concerne un nombre restreint de personnes. Ainsi, lors d'une sortie à la mer, les personnes accompagnées par le SAMSAH sont parties dans un autre véhicule et ont rejoint, sur une séquence de la journée seulement, celles des autres services de l'association.

Les modules d'apprentissage du SAVS Espoir 54, qui constituent *une forme spécifique d'activité entre pairs*, ont pour objectif d'aider les personnes à faire face à des difficultés concrètes rencontrées dans la vie quotidienne et sociale, en s'appropriant *des méthodologies de résolution de problèmes* et en identifiant les partenaires de droit commun qui peuvent contribuer à apporter des réponses. La construction de ces modules s'appuie sur le Programme de renforcement de l'autonomie et des capacités sociales (PRACS), programme inspiré des techniques de psychoéducation, de remédiation cognitive et des thérapies cognitivo-comportementales. Ces modules d'apprentissage correspondent à une application des principes fondamentaux sur lesquels le projet de l'Association Espoir 54 s'est construit (s'inspirant notamment de l'Institut de maïeutique de Suisse) : « la personne a des compétences qu'elle peut ignorer et est susceptible d'en acquérir de nouvelles ; le service vise ainsi à favoriser l'acquisition des compétences par des actions contribuant à la fois à une rééducation psychique et à lever les obstacles défavorables à l'apprentissage ».

¹⁹ L'espace d'animation pour quoi faire ? p.28 du rapport d'activité 2009 du SAMSAH de l'Association d'Entraide Vivre.

Les ateliers d'expression et de loisirs, qui s'apparentent encore à une autre facette des activités collectives, utilisent l'art, la culture, les jeux ou encore les activités sportives ou créatives *comme médiation* pour aider les personnes à développer leurs capacités d'expression, à entrer en relation avec les autres, à reprendre confiance en elles-mêmes, mais aussi souvent à être plus attentives à leur corps et à mieux gérer leurs émotions. Certaines activités en groupe comprennent la transmission d'un savoir ou d'une technique par un professionnel (l'accompagnateur, l'animateur ou un intervenant extérieur), comme les ateliers du « mouvement » et du « jardinage » du SAVS Elan Retrouvé, ou encore les ateliers sportifs du SAVS Espoir 35. D'autres ateliers portent sur une thématique autour de laquelle le groupe va échanger et/ou organiser d'autres actions, comme par exemple l'atelier « spectateur » du SAVS Elan Retrouvé, au sein duquel les participants vont organiser des sorties (au cinéma ou au théâtre) puis, dans un deuxième temps, formaliser et partager leurs impressions. Ce sont généralement les mêmes personnes qui se retrouvent autour d'une activité donnée, ce qui implique de développer des aptitudes relationnelles en termes d'intégration à un groupe sur la durée (d'autant que pour ces personnes « *le lien aux autres dans la continuité pose problème* »). Pour certains ateliers, les SAVS ont développé des partenariats avec des centres culturels ou sportifs pour exercer l'activité « hors les murs » du service et permettre ainsi de s'inscrire progressivement dans des espaces de loisirs ordinaires.

D'autres moments de regroupement et de partage entre « pairs », encadrés ou non par des professionnels, sont organisés plus ponctuellement au sein des SAVS et SAMSAH, comme les groupes de parole²⁰, les manifestations festives (Noël, anniversaire, soirée, sortie, goûter...), etc. Enfin, les activités collectives proposées par le service d'accompagnement peuvent servir de levier pour développer *des relations interpersonnelles entre les personnes accompagnées, à distance des professionnels*, et les conduire à gérer des activités en groupe de façon autonome.

■ L'accueil libre

Plusieurs services offrent (ou souhaitent offrir) la possibilité aux personnes accompagnées d'utiliser leurs locaux 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 *essentielle* dans la mesure où :

- elle est la seule réponse possible aux besoins de socialisation de certaines personnes très en difficulté dans la relation aux autres, qui ne peuvent au mieux que « s'isoler parmi les autres », en venant boire un café ou lire leur journal dans ce lieu collectif, sans pour autant échanger ou partager une activité ;
- elle peut constituer un tremplin pour des activités de groupe (voire pour un premier accès à un accompagnement individuel). Elle permet déjà à la personne de sortir de chez elle, de prendre les transports en commun et de côtoyer d'autres personnes, sans contrainte de fréquentation ou de partage d'activité, et susciter à terme le désir ou lever les éventuelles appréhensions qui constituent un frein à l'accès à un atelier ;
- elle peut déboucher sur le développement de relations interpersonnelles indépendantes du service ;

²⁰ Les groupes de parole sont des espaces de discussion qui abordent des sujets libres, généralement proposés par les usagers, au sein desquels les personnes peuvent développer leurs capacités de communication et d'insertion à un groupe.

- elle est un lieu d'observation important pour l'équipe qui peut identifier des difficultés, ou au contraire des ressources insoupçonnées de la personne dans les relations aux autres, contribuant ainsi aux informations utiles pour faire évoluer le projet personnalisé ;
- elle constitue un espace où la place de la personne accompagnée n'est pas la même que dans les autres temps de l'accompagnement, où elle est davantage dans une position citoyenne que celle d'utilisatrice d'un dispositif donné.²¹

Cet accueil libre est plus ou moins formalisé (au sens des objectifs visés et des moyens mobilisés) et circonscrit à des temps particuliers (dans certains services, l'accueil libre est accessible pendant tout le temps d'ouverture du service, dans d'autres, il est limité à des plages horaires fixes plusieurs fois par semaine), avec ou non des professionnels assignés (pour réguler a minima les relations entre les pairs).

Cette modalité d'intervention peut jouer un rôle déterminant dans le processus d'admission de la personne²², tout comme la permanence de l'accompagnement ou encore le maintien des liens (quand le suivi s'est arrêté), en particulier quand l'accueil libre est possible toute la journée.

Si l'accueil libre constitue en tant que tel un véritable support de travail dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap d'origine psychique, *il ne convient pas pour autant à toutes les personnes* (au même titre que les visites à domicile, les modules d'apprentissage, etc.). Ainsi, cette modalité d'accompagnement n'est pas adaptée aux personnes pour lesquelles la relation doit être médiatisée nécessairement par une activité ; ni à celles qui ont besoin d'une certaine contrainte (d'un engagement dans la relation avec autrui) pour sortir de chez elles et « tenir » les rendez-vous fixés (rendez-vous qui les engagent dans la rencontre d'un ou plusieurs professionnels). La proximité du domicile est également un facteur facilitant ces venues « informelles » au service d'accompagnement.

Par ailleurs, les SAMSAH rencontrés notent que cette modalité d'accompagnement est difficilement envisageable pour des personnes qui éprouvent des difficultés majeures pour établir tout lien social. Ces personnes ont tendance à être dans « l'échappement » ; la rupture de tout lien social se traduisant par l'enfermement (à leur domicile), le suicide, l'errance ou encore l'alcoolisation, et nécessitent par conséquent un cadre d'intervention (activités médiatisées par un tiers et à des horaires précis).

²¹ Pour le SAVS Espoir 54, il s'agit d'un espace qui permet la déprofessionnalisation de la relation d'aide (7^e principe de Cnaan) : « *l'attitude des membres de l'équipe est fondamentale : disponible, ouvert, souriant, ne restant pas assis derrière un bureau, venant faire un tour et s'attardant à l'espace accueil, prenant part à une partie de cartes, se rendant accessible, engageant un entretien très ouvert au détour d'une rencontre, etc. C'est un mode d'intervention nécessaire et propre à ce type de handicap.* »

²² « Une personne vient ainsi ponctuellement à l'accueil libre du SAVS depuis deux ans (entretien avec la chef de service), sans avoir encore franchi le pas de l'admission » - chef de service d'un SAVS spécialisé.

3 - Quelles modalités d'accompagnement spécifiques pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ?

Si cette recherche a mis l'accent sur l'hétérogénéité des SAVS et SAMSAH existants (en lien notamment avec le profil des personnes en situation de handicap psychique et la configuration des ressources mobilisables sur les territoires), elle vise d'abord à *définir la forme que devrait prendre ces services pour être en mesure de répondre à la spécificité des besoins du public visé.*

Ainsi, à partir des informations croisées des différents acteurs participant de l'accompagnement (services d'accompagnement, secteur psychiatrique, ESAT, service mandataire, judiciaire, etc.), qui ont pu émettre des avis contraires et faire des critiques (avec parfois des écarts entre le discours et les éléments bibliographiques recueillis ou encore avec la parole des personnes accompagnées), les résultats de la recherche s'attachent avant tout à dégager les éléments à prendre en compte dans l'élaboration d'une réponse aux besoins d'accompagnement identifiés sur un territoire.

Les préconisations en termes d'organisation des réponses à apporter sont construites principalement à partir des pratiques éprouvées des services rencontrés, même si *en creux se dessinent souvent les dysfonctionnements ou les erreurs de positionnement à éviter* (mais qui ne font pas l'objet ici d'une présentation du fait d'une méthodologie ne visant pas à faire un état des lieux des services d'accompagnement en France, et encore moins à établir un bilan de fonctionnement d'un échantillon d'entre eux).

Par conséquent, les résultats de cette recherche sont riches des expériences diversifiées des services rencontrés, même si, quelle que soit la qualité de leur intervention, *aucun d'entre eux ne réunissait toutes les conditions qu'il faudrait attendre de ce mode de soutien à domicile.*

28

3.1 – La place citoyenne de la personne

La différence fondamentale entre l'accompagnement proposé par un SAVS/SAMSAH « handicap psychique » et l'action d'un autre dispositif sanitaire ou social porte fondamentalement sur la place accordée à la personne : ni patient, ni usager d'une prestation ou d'un équipement, mais d'abord *citoyen.*

■ Une parole qui guide l'accompagnement

Ainsi, c'est d'abord la parole de la personne qui guide l'accompagnement. L'accompagnement part des demandes de la personne, de sa parole telle qu'elle est exprimée, *même si les propos peuvent apparaître décalés par rapport à la réalité.* L'équipe part de cette parole citoyenne et ne considère pas que cette parole soit fautive ou erronée. Elle prend en compte les aspects délirants qui peuvent apparaître lorsque la personne n'est pas suivie ou lorsque ses troubles ne sont pas stabilisés.

L'accompagnement consistera à mettre cette parole à l'épreuve de la réalité pour l'aider à évoluer. Le service d'accompagnement a pour rôle *d'ouvrir des perspectives de vie pour la personne*, de valoriser ses compétences, de l'aider à faire des choix, en les confrontant avec l'environnement qui l'entoure. L'écoute et les réponses apportées doivent être ancrées dans le présent, quels que soient les événements passés, pour ne pas avoir un effet réducteur (car les capacités fluctuent, des compétences sociales s'acquièrent, etc.).

A ce titre, *les demandes relatives à l'insertion professionnelle ne doivent pas être d'emblée écartées même si l'employabilité de la personne semble limitée* (cf. paragraphe p. 39)

■ Objectif citoyen de l'accompagnement : vivre parmi les autres dans un milieu de vie dit « ordinaire »

De plus, l'objectif de l'accompagnement vise prioritairement à aider la personne à vivre parmi les autres dans un milieu dit « ordinaire ». L'ambiguïté ou les malentendus entre l'approche sanitaire de la réhabilitation psychosociale, l'action sociale, et l'approche éducative des services d'accompagnement peut se comprendre comme « une différence de perspectives ».

Du côté du SANITAIRE, il est possible de distinguer trois démarches, poursuivant trois objectifs distincts :

- le *traitement* psychiatrique consiste à diminuer ou faire disparaître les causes et les *symptômes* occasionnés par la maladie. L'équipe adapte une grande variété de moyens selon la maladie à traiter. C'est du domaine du savoir. Il diminue les souffrances d'une personne et permet un meilleur fonctionnement psychique et social ; il rend la personne accessible à la réadaptation ;
- la *réadaptation* redonne à la personne les *moyens d'agir* en tenant compte de ses déficits et de ses capacités. C'est du domaine du savoir-faire. Il s'agit de faciliter la récupération ou le développement de fonctions cognitives, affectives et d'habiletés sociales nécessaires à l'autonomie dans le quotidien. L'objectif est de ramener le malade à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté ;
- la *réhabilitation* vise à redonner à la personne sa dignité, modifie la perception de ses rapports avec les autres et lui redonne le pouvoir d'agir (*empowerment*). C'est du domaine du savoir-être.

Du côté de l'action SOCIALE, les mesures visent à atténuer le discrédit que la société accole à la personne souffrant de troubles mentaux et qui l'entrave dans l'accomplissement de rôles sociaux et dans son épanouissement. Comme le dit le dictionnaire, réhabiliter c'est « *rétablir dans l'estime, la considération d'autrui* » des malades stigmatisés et leurs parents culpabilisés.

Enfin, le travail éducatif des SAVS et SAMSAH vise d'abord à *établir un lien avec la personne* (sur lequel l'équipe médico-sociale s'appuiera pour l'aider ensuite à développer des liens avec ses environnements) et faire émerger chez elle des demandes. *Le service d'accompagnement part ainsi de tout ce qui fait sens pour la personne* et va orienter son accompagnement en fonction des besoins et attentes qui vont émerger, et qui représenteront moins un objectif *qu'un support pour inscrire la personne dans une alternative sociale à sa vie morbide*.

En résumé, là où la réhabilitation psychiatrique se conçoit comme un *traitement* en vue de recouvrir des aptitudes disparues par un entraînement aux habiletés sociales, l'accompagnement médico-social, quant à lui, vise à retrouver des habiletés sociales en vue d'insérer la personne de manière plausible dans un milieu de vie ordinaire. *C'est bien cette perspective citoyenne qui fait toute la différence*.

■ L'accompagnement repose sur une « négociation »

Par ailleurs, l'accompagnement repose toujours sur une « négociation » entre, d'une part, des besoins repérés et des possibilités offertes par les services et, d'autre part, des choix exprimés par les personnes. Les services d'accompagnement offrent d'abord des espaces de rencontre pour sortir les personnes de leur isolement social, de leur vie morbide (délire, repli, etc.), afin d'envisager des stratégies permettant de construire des « *perspectives réciproques* »²³ avec leur entourage du milieu ordinaire. Pour ce faire, ces services tiennent des connaissances du fonctionnement psychique des personnes transmises par le secteur du soin ainsi qu'éventuellement par certains membres de l'équipe

²³ « *Le monde est d'emblée, non le monde privé d'un individu unique, mais un monde intersubjectif. Le monde nous est commun à tous et nous lui portons un intérêt qui n'est pas théorique mais éminemment pratique. Le monde de la vie quotidienne est la scène et l'objet de nos actions et nos interactions.* », A. Schütz, *Le chercheur et le quotidien*, Paris, Méridiens Klincksieck, (1932), 1987, p.105.

pluridisciplinaire médico-sociale bénéficiant d'une expertise clinique dans ce domaine (infirmier, psychologue, psychiatre). Mais, la place accordée à la personne en situation de handicap psychique dans l'accompagnement correspond pour autant à une place d'acteur, de citoyen, *qui se saisit ou non des possibilités offertes et qui co-construit les réponses* aux besoins exprimés et aux attentes formulées.

La mise en œuvre de ce principe est visible dans la plupart des biographies analysées dans le cadre de cette recherche-action. *Les solutions proposées ne sont jamais standardisées, ni les modalités de l'accompagnement figées*, et les équipes se gardent toujours de plaquer une norme dans les objectifs visés pour la réalisation des actes essentiels ou pour les relations sociales. Ce souci de partir du désir de la personne et de respecter ses choix, n'est pas sans remettre en question les limites de l'accompagnement quand les décisions des personnes ont des conséquences graves sur leur santé (addictions, non prise du traitement, etc.) ou sur leur entourage (devenir de l'enfant à naître, épuisement des aidants, etc.). Cependant, l'accompagnement reposera toujours sur une « négociation » avec la personne, sur la mise à l'épreuve de la réalité, sur une ouverture à d'autres possibles, sur *la recherche d'autres chemins à emprunter*. Si leur parole est toujours entendue, respectée, les accompagnateurs ne s'empêcheront pas de donner leur point de vue, de formuler leur réserve et d'indiquer éventuellement les limites à leur intervention. L'accompagnement médico-social n'interdit pas et n'a pas à éviter à tout prix « l'échappement » des personnes, même si cela risque de se traduire par l'errance, de l'alcoolisation, ou encore un suicide, sous peine de ne pas accorder aux personnes accompagnées une place de sujet.

Cette place citoyenne accordée aux personnes transparaît également dans le processus d'orientation, d'admission et la contractualisation de l'accompagnement. Sur les conseils de leur psychiatre, d'un service social ou encore par le bouche à oreille, elles prennent un premier contact avec le service d'accompagnement. Celui-ci pose généralement peu de critères et s'avère particulièrement attentif à « un apprivoisement » progressif et réciproque, et sans ultimatum administratif. Le cadre à la fois rassurant (par sa permanence) et souple laisse à la personne la maîtrise du rythme de l'accompagnement et des modalités empruntés.

■ La primauté accordée à sa parole et à ses choix, avant la famille

Cette place citoyenne s'affirme également dans la primauté accordée à sa parole et à ses choix, à distance des considérations de son entourage.

Ainsi, le plus souvent, les services d'accompagnement préfèrent différencier les espaces de parole. Les personnes accompagnées ont besoin de s'approprier progressivement un espace personnel comme lieu d'énonciation. 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, l'approche fondamentalement situationnelle de ces services, qui mesurent à quel point la situation de handicap est le résultat d'une interaction entre des dispositions personnelles et des facteurs environnementaux, doit prendre en compte la famille dans la stratégie globale d'intervention, *avec l'accord de la personne*.

De plus, quand des tensions trop importantes entre la personne et ses parents sont présentes, les services d'accompagnement peuvent proposer des temps de rencontre avec la famille pour travailler les liens d'interdépendance et différencier la place de chacun. Dans les situations de polyprécarité, cette fonction de « raccommodage » du lien social, y compris avec la famille, peut être importante pour faire évoluer le regard de l'entourage sur la maladie et/ou mettre éventuellement à distance la personne du regard moralisateur de ses proches.

Il reste que bien souvent l'intervention d'un service d'accompagnement auprès d'une personne en situation de handicap d'origine psychique permet de façon indirecte de soulager ses proches et de restituer sa place à chaque membre de la famille. Cet appui auprès de la personne permet aux parents de se dégager progressivement de ce qui ne relève pas de leur fonction parentale. S'ils restent dans l'écoute et gardent une attention à leur enfant, en alertant notamment les professionnels sur des signes révélant un risque de dégradation de sa santé ou de ses conditions de vie, il s'agit pour eux d'agir seulement en cas de besoin, de façon ponctuelle et sur le registre affectif, comme le fait tout autre parent avec un adulte.

■ Un « entraînement » à l'exercice des rôles sociaux

Enfin, cette place citoyenne adoptée au sein des services est censée favoriser l'exercice des rôles sociaux dans la Cité. En effet, cette place citoyenne, suscitée, expérimentée et développée dans le cadre de l'accompagnement des services vise à donner à la personne les moyens de soutenir ce même positionnement dans le milieu de vie dit « ordinaire », d'exercer pleinement son rôle de citoyen au cœur de la Cité.

Ce « transfert de compétences » peut être facilité par l'entraînement à des actions de revendications et de représentations. Les conseils à la vie sociale peuvent être utilisés dans ce but. De même, le SAVS Espoir 54 propose aux personnes de choisir entre un statut « d'utilisateur » et un statut « d'adhérent usager » qui donne son avis sur les différents services gérés par l'association en élisant des représentants bénéficiant du droit de vote au sein du conseil d'administration.

Enfin, *les groupements d'entraide mutuelle* peuvent aussi constituer des supports de la rencontre, un espace de vie qui ne passe plus par la médiation d'un professionnel mais s'établit malgré tout dans un cadre « protégé ». A distance de tout regard clinique, les GEM apparaissent *comme l'étape suivante dans cette conquête progressive d'une citoyenneté pleine et entière.*

31

3.2 – La médicalisation des services d'accompagnement et l'articulation avec le sanitaire

Comme nous en avons posé l'hypothèse au départ, les résultats de la recherche-action mettent en évidence que la présence d'un handicap d'origine psychique parmi le public suivi ne présume pas d'emblée de la nécessité de « médicaliser » le service d'accompagnement. Il n'y a donc pas de réponse univoque à la question : « Faut-il créer des SAVS ou des SAMSAH pour ce type de public ? ». De même, la médicalisation évoquée pour ces services n'est en rien comparable avec les soins délivrés par le secteur sanitaire. La recherche-action a permis de décrypter les craintes et les malentendus des acteurs, et de resituer la place de chacun, aussi indispensables les uns que les autres, dans une stratégie globale d'intervention qui vise le rétablissement de la personne et l'accès à une vie citoyenne pleine et entière.

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

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

En effet, si les soins psychiatriques sont absents, insuffisants ou inadaptés, les effets de la maladie psychique, qui impactent d'abord la relation aux autres (en lien à un rapport particulier à la réalité, à des difficultés de communication, à des troubles du comportement, à un défaut d'initiative, etc.), vont se répercuter dans tous les domaines de vie et risquent de compromettre l'efficacité de toute autre forme de soutien ou d'accompagnement à la vie quotidienne, sociale ou professionnelle. A l'inverse, pour des personnes très isolées, présentant des difficultés d'hygiène personnelle et d'incurie du logement, connaissant des difficultés sociales et de santé complexes et intriquées, ou au contraire aspirant à s'inscrire dans des activités sociales ou professionnelles, le secteur psychiatrique est insuffisant pour répondre à l'ensemble des besoins et attentes de ces patients.

Ces deux démarches, de soins et d'accompagnement médico-social, sont ainsi résolument complémentaires et non subsidiaires, parce qu'elles s'inscrivent notamment dans des perspectives différentes.

Alors que s'agite la crainte d'un transfert des moyens des secteurs psychiatriques en faveur d'un développement des services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap psychique, l'analyse du fonctionnement des services rencontrés, des biographies et des entretiens tend plutôt à démontrer que *la mise en place de ces services ne peut s'inscrire que dans un maintien, voire dans un développement des structures sanitaires ambulatoires.*

En effet, si l'accompagnement proposé par ces services s'attache à diminuer le recours à l'hospitalisation (hospitalisation moins fréquente ou de durée plus limitée), le suivi psychiatrique ambulatoire est plus régulier et mobilise donc davantage les équipes de CMP²⁴.

De même, cette approche globale et articulée de l'action des services d'accompagnement permet également de mobiliser davantage les acteurs et de favoriser des réponses plus adaptées (ou diminuer les besoins non satisfaits) dans les différents domaines de vie, dont celui de la santé. Si les services d'accompagnement n'ont aucune légitimité pour se positionner comme « prescripteur » de prestations sanitaires, l'accompagnement sur la durée qu'ils proposent, en *facilitant l'émergence des demandes des personnes* (en levant ainsi certaines peurs ou représentations négatives), favorise, en articulation avec les partenaires institutionnels, le recours à une plus grande palette de réponses sanitaires (en particulier en termes d'activités thérapeutiques).

Dans une moindre mesure, ils permettent également l'accès aux soins de personnes n'ayant jamais connu de suivi psychiatrique ou pour lesquelles la rupture des soins est très ancienne (surtout pour le SAMSAH Adgesti), *le service d'accompagnement pouvant constituer « un chemin », une « voie », une « passerelle » pour arriver jusqu'aux soins.*

Enfin, le travail partenarial entrepris le plus souvent autour des situations de personnes suivies par les services d'accompagnement demande aux équipes psychiatriques de secteur de dégager du temps (synthèse pour participer à l'ajustement de la stratégie globale d'intervention, réflexion sur leurs missions respectives, etc.).

Aussi, le développement des services d'accompagnement ne peut s'envisager que dans le cadre d'une psychiatrie de secteur à même d'exercer toute sa mission, notamment dans le cadre d'actions partenariales sur un territoire donné.

²⁴ Même si cela porte sur des effectifs réduits comparativement à la file active d'un secteur psychiatrique d'une part et d'autre part repose aussi sur les psychiatres libéraux.

■ Les effets thérapeutiques de l'accompagnement médico-social

Si les soins et l'accompagnement médico-social s'exercent dans des espaces différenciés et poursuivent des objectifs distincts, l'un n'est pas sans effet sur l'autre, et inversement. Ainsi, la plupart des acteurs s'entendent à considérer que l'accompagnement social (ou médico-social) a des effets thérapeutiques réels.

Cet effet se traduit notamment par *des épisodes d'hospitalisation moins fréquents et moins longs*, observés pour une majorité des personnes accompagnées. En effet, l'action de veille sanitaire menée par les services d'accompagnement permet de prévenir les décompensations et de ne pas attendre que la situation soit trop dégradée pour orienter la personne vers une hospitalisation.

De plus, le développement des habiletés sociales et le tissage de liens avec l'environnement participent à l'équilibre de la situation et à une amélioration globale de l'état de santé de la personne. Une personne rencontrée parle même de « guérison » pour évoquer l'impact de l'accompagnement médico-social.

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

Qu'ils posent ou non officiellement le suivi psychiatrique comme pré-requis à l'accompagnement, l'inscription dans une démarche de soins, 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.

Quand l'équipe du service d'accompagnement comprend un psychiatre, un psychologue ou un infirmier, ces professionnels sont généralement plus particulièrement mobilisés pour participer à cette veille du suivi psychiatrique et favoriser le développement de relations partenariales²⁵.

■ Des SAMSAH mieux outillés pour remplir certaines missions

Si les résultats de la recherche valident la pertinence d'une co-existence des services « non médicalisés » et « médicalisés » pour répondre aux besoins de ce public, les SAMSAH apparaissent cependant mieux « outillés » pour remplir certaines missions.

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

²⁵ Dans un des SAVS spécialisés de notre panel, un poste de psychologue de liaison a été spécifiquement créé (sur un financement de l'ARH) pour faire le lien entre l'action du service d'accompagnement et les secteurs psychiatriques, en veillant à « *la cohérence entre les besoins de réhabilitation psychosociale et les besoins de soins des usagers* », par une action de conseils et de formation auprès des équipes des services de l'association et des bénévoles (GEM), en étant référent dans le lien avec les équipes soignantes pour les situations individuelles (nécessitant notamment une hospitalisation) et par le montage de projets communs avec le centre hospitalier.

L'analyse de l'ensemble des biographies tend ainsi à montrer que les interventions *croisées* de l'équipe pluridisciplinaire du SAMSAH sont davantage (qu'un SAVS) en mesure :

- d'aborder les difficultés de la personne dans un domaine donné ou pour un projet spécifique sous différents angles de vue (du point de vue de la vie quotidienne, psychologique, affectif, etc.)²⁶, notamment quand ses demandes nécessitent une confrontation avec la réalité pour réajuster son projet de vie ;
- de traiter des problèmes d'hygiène personnelle ou d'incurie, qui sont d'autant plus difficiles à gérer qu'ils relèvent de l'intime et nécessitent une action régulière au domicile, mais respectueuse du rythme de la personne et de son espace de vie ;
- de favoriser l'acquisition d'apprentissages ou au moins d'une forme de ritualisation permettant de réunir un minimum de qualité de vie à domicile, pour des personnes présentant des limitations importantes dans la réalisation des actes courants, et pour lesquelles la mise en place d'une aide à domicile ne pourra être que progressive et/ou nécessitera une supervision des auxiliaires de vie ;
- d'aller au devant des personnes les plus isolées ou de maintenir le lien avec celles qui présentent les plus grandes difficultés dans la communication et/ou les relations sociales avec les autres. En effet, les différents professionnels et les diverses modalités d'accompagnement proposés (accueil libre, visite à domicile, groupes, etc.) sont autant de moyens dont la personne pourra un jour se saisir pour accéder à une possible rencontre²⁷.

De plus, les SAMSAH, par la 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*, voire pour lequel la maladie n'a jamais été diagnostiquée et qui refuse tout contact avec le secteur psychiatrique. Pourtant, seul le SAMSAH Adgesti, parmi les services de notre panel, a 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 secteurs psychiatriques rencontrés dans le cadre de la recherche-action sont favorables au développement de cette mission pour atteindre une population en polyprécarité, extrêmement vulnérable et en détresse psychique, restée à l'écart des soins.

Enfin, *la lecture clinique des manifestations* de certaines pathologies psychiatriques apportée par le psychiatre, le psychologue ou les infirmiers d'un SAMSAH 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.

■ La santé somatique : une dimension importante de la stratégie d'intervention du SAMSAH

Le soutien à la santé somatique tend également à spécifier le projet institutionnel des SAMSAH. En effet, si tous les services d'accompagnement sont attentifs à la santé au sens large, 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, maladie cardiaque ou respiratoire, etc.) ou cumulant divers problèmes de santé nécessitant une veille médicale, des aménagements de vie particuliers (régime diététique par exemple), et conduisant à des hospitalisations fréquentes en médecine générale²⁸.

²⁶ Exemple de biographie : la mise en place d'un stage professionnel a nécessité des entretiens avec la psychologue pour anticiper les appréhensions liées à un changement d'environnement, des visites à domicile par l'infirmier pour évoquer son quotidien et les répercussions éventuelles sur celui-ci au moment du stage, des rencontres avec le chargé d'insertion pour préparer sa présentation et les tâches à accomplir dans le cadre de cette mise en situation professionnelle.

²⁷ Exemple de biographie : une personne a bu un café avec l'infirmière une fois par semaine pendant deux ans avant de s'inscrire dans un véritable accompagnement.

²⁸ A titre d'exemple, le rapport d'activité du SAMSAH Alpha 2009 fait état d'au moins une hospitalisation en CHU au cours de l'année pour près d'un quart des personnes accompagnées par le service. De même, les deux tiers des personnes suivies par le SAMSAH de l'Association d'Entraide Vivre présentent de graves problèmes de santé.

Si, une fois encore, 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).

Par ailleurs, les services d'accompagnement dans leur ensemble notent la difficulté croissante de trouver un médecin référent pour ces personnes, qui nécessitent des consultations médicales plus longues et présentent souvent des problèmes d'hygiène. Ils constatent également que les médecins généralistes de ville, peu formés à ce public, ont tendance à ne pas prendre en compte leurs plaintes ou à sous-estimer certains symptômes qu'ils attribueraient trop souvent à des problèmes « psychosomatiques ». Souvent l'hospitalisation psychiatrique est mise à profit pour faire un bilan général de l'état de santé dans la mesure où les psychiatres hospitaliers ont conscience que ce travail de prévention n'est pas fait en ville.

■ L'alcoolisme : un problème prégnant et insuffisamment pris en compte

Alors que le questionnement de la recherche n'impliquait pas d'exploration particulière de la thématique relative aux addictions, *l'alcoolisme* s'est imposé, pour tous les services rencontrés sans exception, comme *un phénomène touchant une proportion importante des personnes accompagnées*.

Dans le cadre des biographies étudiées, l'alcoolisme apparaît fortement intriqué aux difficultés psychiques. Ainsi, pour certains, l'ivresse serait utilisée pour diminuer les hallucinations sonores (« les voix »), et de façon plus générale, pour calmer l'angoisse. Pour d'autres, la consommation d'alcool viendrait compenser un sentiment d'isolement, en particulier dans les moments de « vide » des soirées et du week-end. D'une façon générale, la psychologue d'un service d'accompagnement spécialisé précise que « *les problèmes psychiatriques se traduisent dans les symptômes et les conduites socialement non admises, et notamment par l'alcoolisation (ivresse aiguë). L'alcoolisme est moins ce qui caractérise les personnes accompagnées que le signe d'une grande souffrance psychique* ».

Toutes les équipes rencontrées, sans exception, ont manifesté leur malaise pour traiter de cette question dans le cadre de l'accompagnement social (ou médico-social). Ces situations ont d'ailleurs été citées spontanément parmi celles qui posaient difficulté aux équipes. Les SAMSAH ne semblent pas mieux « outillés » que les SAVS en la matière, malgré la présence de personnels ou d'auxiliaires médicaux et de psychologues.

L'alcoolisme est rarement abordé explicitement avec des personnes accompagnées. C'est plutôt l'état d'ébriété (qui peut faire l'objet d'interdiction dans les locaux du service ou de procédures d'accueil formalisées à l'oral ou à l'écrit - règlement intérieur), la prévention de l'interaction dangereuse de l'alcool avec certains médicaments, ou encore l'impact sur le budget des achats réguliers de boissons alcoolisées, qui sont évoqués dans l'accompagnement médico-social.

Un des SAVS spécialisés de notre panel a développé des pratiques partenariales, autour de situations individuelles communes, avec le centre de cure ambulatoire en alcoologie de l'Hôpital. Ce dernier se montre très satisfait de cette collaboration avec le SAVS dans la mesure où les opportunités de partenariat sont rares pour ce public, « *refusé partout, y compris dans les services de l'hôpital, et notamment aux urgences* ». L'exemple d'un suivi commun illustre bien tout l'intérêt de la mobilisation de plusieurs partenaires, sur des registres différents, pour ces situations complexes où se cumulent des addictions et des troubles psychiques (cf. encadré suivant).

Exemple d'un suivi conjoint entre un SAVS spécialisé et un centre d'alcoologie

Le SAVS est parti de la demande qui lui a été adressée par la personne elle-même : trouver un logement, en précisant que si elle restait à l'hôtel elle ne pourrait jamais s'en sortir. Ensuite, il a très vite, et contrairement à ses habitudes, mobilisé et élargi le cercle des partenaires, en accord avec la personne et avec sa participation, afin de créer un réseau actif autour d'elle et l'aider dans la formulation de ses demandes auprès des bons interlocuteurs. **La possibilité de travail en réseau a été une des conditions qui ont permis au SAVS de s'engager dans cet accompagnement pour lequel l'équipe a mesuré d'emblée qu'il aurait été trop difficile et illusoire de s'engager seul.** (...) Le centre d'alcoologie, tout comme le SAVS, considèrent que, dans ce genre de situation, il est indispensable que tous les partenaires travaillent ensemble, en même temps. Les actions menées auprès de cette jeune femme ont eu un impact important sur sa situation (...). Le médecin alcoologue estime que l'option prise *d'un hébergement dans une maison relais, avec le suivi du SAVS et celui de l'unité d'alcoologie*, permet un cadre suffisamment sécurisant pour envisager une amélioration de son état de santé même si de nombreuses problématiques perdureront, notamment en lien aux conséquences cognitives du coma post-traumatique. Enfin, il semble que les modalités d'organisation du SAVS : sas d'entrée progressive et possibilité de fréquenter l'espace d'accueil du SAVS et du GEM quelle que soit l'issue de la période de sas (formalisation de l'accompagnement par le SAVS ou réorientation vers le partenaire le mieux situé) ont permis à cette personne de se sentir entendue et ainsi de maintenir sa demande auprès de ce service.

Par ailleurs, pour les personnes présentant des problèmes neurologiques consécutifs à un alcoolisme de longue durée, les services constatent la difficulté de mettre en place une prise en charge thérapeutique spécifique (sur le plan orthophonique, dans le cadre d'ateliers d'expression, etc.).

D'une façon générale, y compris pour les services ayant développé des partenariats ou disposant d'un service d'alcoologie au sein de l'association gestionnaire, l'alcoolisme apparaît comme une question délicate à prendre en compte dans l'accompagnement, et dont *la réflexion reste encore trop peu formalisée*.

36

3.3 – La spécialisation du service : un cadre permanent, rassurant et souple de l'accompagnement

La recherche-action a montré que la nécessité de construire un projet de service s'adressant *spécifiquement* à des personnes en situation de handicap d'origine psychique ne signifie pas qu'il faille seulement rassembler des professionnels ou prévoir des taux d'encadrement particuliers, ou encore éviter à tout prix une « cohabitation » avec des personnes dont l'origine de la situation de handicap serait liée principalement à une déficience intellectuelle.

En effet, **la spécialisation de ces services**, ou encore leur capacité à répondre de façon adaptée aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap psychique, *se traduit surtout dans des modalités d'accompagnement à même d'établir un lien de confiance avec les 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 dit « ordinaire ».

Face à la maladie psychique, *la rigueur et la souplesse* sont exigées simultanément. Si la solidité du cadre est importante pour rassurer les personnes et construire un projet sur le long terme, la souplesse de l'accompagnement s'avère primordiale pour s'adapter à la fluctuation de l'état de santé et l'imprévisibilité des comportements, des attentes, des capacités relationnelles.

■ Un cadre solide et permanent

Les services d'accompagnement doivent proposer un cadre solide et permanent pour tenir, face à ces situations fragiles et fluctuantes. Le travail de mise en confiance des usagers et de mobilisation de leurs habiletés sociales est souvent *un processus progressif et de longue haleine*, qui s'inscrit dans un suivi parfois chaotique, impliquant des remises en question et des ajustements continuels.

Pour ces situations, il s'agit souvent moins d'un accompagnement dans les activités quotidiennes que d'une *présence dans la relation* et d'une *écoute, de façon continue*. Les rendez-vous doivent être réguliers, sans rupture dans le temps. La personne a besoin de sentir que le service est présent et réactif, qu'elle peut être réconfortée, réassurée à tout moment. Le service fait office pour ces personnes de contenant. Le début de l'accompagnement est souvent marqué par des comportements ou des actes montrant que ces personnes testent la solidité du lien.

Dans un tel contexte, certains services ont été attentifs à assurer (ou sont dans une réflexion relative à) une certaine permanence de l'accompagnement qui passe par exemple par des permanences téléphoniques pendant la fermeture du service, ou encore par la gestion des fermetures hebdomadaires et/ou annuelles.

Par ailleurs, offrir un cadre d'intervention rassurant pour les usagers passe par une certaine *stabilité de l'équipe d'accompagnement*, et un travail commun structuré et cohérent dans lequel chaque professionnel identifie sa contribution à la stratégie globale d'intervention. Des temps de *supervision* réguliers (de préférence avec un professionnel extérieur) sont ainsi précieux pour mieux gérer la relation avec l'utilisateur, la qualité du lien étant bâtie sur une relation de confiance et une distance adéquate. De même, le développement d'une *multi-référence* des situations est perçue comme nécessaire par l'ensemble des services d'accompagnement, les personnes accompagnées « ne pouvant tenir dans la relation duelle » sur le long terme.

37

■ La souplesse des modalités d'intervention

En termes de modalités d'intervention, la recherche a également mis en évidence la nécessité d'une souplesse de l'accompagnement. Pour trouver les moyens d'établir un lien de confiance avec la personne et de maintenir les conditions d'une possible rencontre, chaque relation est construite pas à pas avec la personne, dans le respect de l'intimité, des rythmes et habitudes de vie de la personne.

Si les professionnels sont attentifs aux souhaits et réticences manifestés par la personne, ils doivent, dans le même temps, *aller au devant d'elle*, sans attendre l'expression d'une demande claire et précise, ou encore régulière et continue. En effet, une partie de l'accompagnement social et médico-social auprès de personnes en situation de handicap d'origine psychique consiste à veiller à *susciter ce lien et le maintenir*.

Tous les registres relationnels sont expérimentés et ajustés en permanence : l'humour, la proximité, la distance, etc. Rien n'est acquis, ni figé. Durant certaines périodes, la relation pourra être relativement intense tandis qu'à d'autres, elle sera distendue, les professionnels restant *en alerte face au silence ou aux rendez-vous manqués*. Les professionnels seront à la fois prudents et actifs dans l'entretien de cette relation.

Même lorsqu'il s'agit d'une relation instaurée, confiante et confirmée, elle restera compliquée dans la mesure où tout événement est facteur de stress et de déstabilisation pour des personnes en situation de handicap d'origine psychique. L'équipe devra par conséquent *sans cesse s'adapter*, là où l'impact de la pathologie mentale tend à annuler ce qui a été acquis ou négocié à un moment donné.

Pour arriver à mener ce travail relationnel en souplesse auprès de situations qui mettent sans cesse à mal les liens établis, les services rencontrés soulignent l'intérêt de faire intervenir plusieurs intervenants, de développer la multi-référence ou encore de multiplier les rencontres formelles et informelles au sein de l'équipe, dont la supervision, qui sont des modalités de travail constituant autant de points d'appui pour maintenir et renouveler cette « élasticité » nécessaire du cadre de l'accompagnement.

Cette souplesse du cadre peut non seulement renvoyer aux pratiques professionnelles mais aussi à l'organisation de l'accueil, des activités ou encore à l'aménagement des locaux.

Ainsi, *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 (temps ou lieux d'accueil particuliers, accueils libres, espaces partagés avec d'autres partenaires, formation à la fonction d'accueil téléphonique, etc.). Pour la plupart des services rencontrés, la phase visant l'adhésion de la personne à une démarche d'accompagnement, ou encore la phase « d'apprivoisement mutuelle », 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. Ce travail essentiel « d'accrochage » d'une relation éventuelle est rendu possible par le mode de financement de ces services (dotation globale) et par la plus ou moins grande tolérance des tutelles quant à l'obligation d'une *notification MDPH* pour ouvrir droit officiellement à un accompagnement (et donc au financement de celui-ci). Le SAMSAH Adgesti, 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.

Par ailleurs, établir et maintenir une relation sociale avec ce type de public implique de *multiplier et de diversifier les modalités d'intervention* susceptibles de rendre possible une rencontre et de faire émerger des demandes, en allant au-devant de ces personnes, sans que ces démarches soient vécues pour autant par elles de façon intrusive. Ce qui est efficace pour certaines situations ne sera pas adapté pour d'autres. D'une façon générale, les services rencontrés ont choisi de (ou aspirent à) *mixer des interventions individuelles et des activités collectives*. En effet, si l'accompagnement individuel (visite à domicile, entretien au service, accompagnement aux démarches extérieures) constitue le socle du « projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement », les services participant à la recherche considèrent que les rencontres entre pairs contribuent de façon essentielle au processus de rétablissement. Encore faut-il que ces services soient dotés de moyens suffisants pour offrir cette palette de prestations (à mobiliser ensuite autant que de besoin selon les situations de handicap d'origine psychique concernées).

Enfin, la souplesse du cadre ne peut être mise en œuvre, pour certaines situations, sans *une lecture clinique* des manifestations de la maladie et des événements surgissant au cours de l'accompagnement. En effet, la formation clinique et l'expérience professionnelle dans des services psychiatriques de certains membres de l'équipe (psychiatre, psychologue, infirmier ou AS ayant exercé en psychiatrie) vont permettre une compréhension différente de la situation et donner du sens à certains faits. Ainsi, les professionnels « psy » appartenant à un service d'accompagnement ont vocation à aider l'équipe pluridisciplinaire du service à réfléchir collectivement, « *sur le processus morbide de la personne et ses répercussions sur la vie quotidienne* » pour mieux adapter les modalités de l'accompagnement.

■ La durée d'accompagnement

La permanence et la souplesse du cadre d'accompagnement interrogent également la durée du suivi. Faut-il limiter le temps de l'accompagnement ? Quels sont les critères pour le faire ? Quelles solutions ou relais à l'issue de ce suivi médico-social ?

Les services 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 ou encore sortir de chez elles.

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 avec les autres personnes accompagnées au cours des activités collectives proposées par les SAVS et SAMSAH et qui s'établissent hors du cadre de l'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*, 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 mobilisant autant que de besoin les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire. D'autant que pour les personnes présentant un handicap d'origine psychique la notion de temps peut être très artificielle, une personne pouvant venir très régulièrement au service et disparaître pendant six mois.

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 sociale* des services d'accompagnement (qui donne la possibilité à la personne de réactiver l'accompagnement). Cette fonction de veille sociale pourrait même 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*. Le SAVS Espoir 54, par exemple, a élargi la notion d'accompagnement d'une part, en faisant reconnaître par ses financeurs une prestation de maintien du lien²⁹, et d'autre part en offrant dans ses locaux des espaces d'accueil ouverts à tous (accueil libre, locaux partagés avec des GEM, etc.) propices à des rencontres informelles avec les professionnels et les pairs.

²⁹ Après le bilan de fin d'accompagnement, le SAVS Espoir 54 propose à la personne des rencontres espacées (au moins une fois par semestre) pour l'aider à gérer plus rapidement une situation de mal-être, dès ses premiers symptômes, dans un but préventif, ou encore pour coordonner les actions mises en œuvre autour du projet de vie et/ou du projet professionnel de la personne. Cette action de « maintien du lien », mise en place par le SAVS Espoir 54, n'était pas prise en compte, au début du projet, dans la définition de l'accompagnement négociée avec le Conseil général (de même que la phase d'accueil ou de découverte). Depuis quelques années, le Conseil général, suite à un groupe de travail rassemblant l'ensemble des SAVS et la MDPH, a élargi les prestations relatives à l'accompagnement en intégrant notamment une « prestation de maintien du lien ». On peut poser l'hypothèse que cette nécessité de développer et de formaliser une action de « service de suite » (et d'en faire une véritable phase de l'accompagnement) s'est imposée aux différents acteurs en raison de la contrainte de durée de l'accompagnement qui est fixée dans le projet du SAVS Espoir 54. Tandis que pour les autres services (du panel), cela se traduirait davantage par une poursuite de l'accompagnement, mais en diminuant progressivement le nombre d'intervenants et la fréquence de leurs interventions, dans l'attente d'une interruption volontaire de la personne ou d'événements qui rendent impossible le maintien du suivi (hospitalisation, déménagement, etc.). De plus, quand une PCH est mise en place, le SAVS Espoir 54 reste référent du dossier de la personne à la MDPH, même si l'accompagnement est arrivé à son terme.

Il reste qu'un accompagnement médico-social soutenu sur la durée apparaît nécessaire pour une partie personnes accompagnées par les 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). *Trois profils* sont pointés, en particulier :

- les personnes totalement isolées, qui auront besoin d'un accompagnement durable parce que le service d'accompagnement représente le seul point d'ancrage ;
- les personnes qui ont une déficience intellectuelle associée, parce qu'elles disposeront d'une moindre capacité d'autonomie ;
- et les personnes schizophrènes dont les symptômes s'expriment négativement (repli sur soi, important besoin de stimulation, « personnes qui sont là sans être là ») parce qu'il sera souvent nécessaire de poursuivre, sur une longue durée, un travail de maintien des acquis.

■ L'activité professionnelle : une dimension fondamentale du bien-être social

Malgré un parcours professionnel chaotique et des difficultés relationnelles éprouvées au travail, les personnes vivant une situation de handicap d'origine psychique expriment souvent, au moment de leur admission au service d'accompagnement, *le souhait d'accéder à un emploi* ; certaines personnes posant même cette demande comme une *priorité*.

L'activité professionnelle apparaît ainsi comme un domaine qui compte pour de nombreuses personnes en situation de handicap psychique, alors même que la plupart des SAVS et les SAMSAH de notre panel, ne se considèrent pas toujours compétents pour répondre aux demandes relatives au travail et n'ont pas forcément identifié des relais adaptés pour ce type de demande. Les services rencontrés se sentent ainsi plus légitimes et « outillés » pour apporter un appui au maintien dans l'emploi³⁰ que pour aider la personne à bâtir un projet professionnel « réaliste » et soutenir ce parcours d'insertion (stage professionnel, formation, tutorat, etc.).

Par ailleurs, comme le soulignent plusieurs acteurs rencontrés (professionnels des services d'accompagnement, représentants du secteur psychiatrique, familles) et qui transparaît aussi dans les entretiens avec certaines personnes accompagnées, cette demande de « travailler » peut aussi traduire avant tout un souhait de normalisation ou simplement un besoin d'occupation pour faire face au découragement et au sentiment d'inutilité sociale.

Quoi qu'il en soit, comme le pointait déjà le réseau galaxie dans une récente expérimentation, « *il paraît essentiel de ne pas fermer trop tôt la porte face à ce type de demande qui peut jouer un rôle moteur dans le processus de rétablissement, même si la perspective de l'emploi apparaît a priori ou s'avère dans les faits irréaliste ou prématurée* »³¹.

En effet, plusieurs histoires de vie recueillies dans le cadre de cette recherche ont montré que 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 de besoins et des attentes dans les registres de la vie quotidienne, ou encore concernant la santé au sens large. In fine, que la personne fasse le choix d'engager, de poursuivre, de se maintenir ou de cesser son activité professionnelle, l'essentiel aura été de prendre en compte sa demande et de lui permettre ainsi d'avancer et de construire son projet de vie.

³⁰ Dans un rôle de médiation entre la personne et l'employeur (essentiellement pour les structures de travail protégé), ou plus indirectement, par l'écoute qu'il propose, les activités sociales qu'ils animent ou favorisent (en particulier le soir et le samedi) et l'aide pour résoudre les difficultés rencontrées dans le cadre de vie ou dans les démarches administratives (notamment pour les congés maladie). En effet, les services d'accompagnement vont jouer ainsi un rôle important de « stabilisateur » pour ces situations fragiles. La diminution des hospitalisations, et plus largement de l'absentéisme au travail, va contribuer à rendre possible la poursuite d'une activité professionnelle.

³¹ Expérimentation prospective des Equipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique, rapport d'étude, juillet 2009.

Ainsi, la fonction de chargé d'insertion au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'un service d'accompagnement sera intéressante lorsque celle-ci empruntera une démarche clinique qui visera moins l'efficacité et la productivité (un taux d'insertion professionnelle) que la recherche de sens dans cette demande autour du travail, dans le parcours de vie de la personne. Les outils spécifiques de ce champ seront alors mis au service du projet de vie global de la personne et toutes les étapes intermédiaires requises seront développées, dans la mesure où elles contribueront au développement des habiletés sociales.

De plus, l'employabilité est complexe à évaluer du fait de la variété et de la variabilité des répercussions des troubles psychiques sur les fonctions cognitives et les comportements, mais aussi en raison de l'influence très forte des environnements. Comme le note le réseau GALAXIE dans l'expérimentation pré-citée, « *la difficulté porte moins sur la mise en évidence des potentiels et des limitations des personnes que sur l'appréhension des conditions de transférabilité de ces éléments et la temporalité de leur validité* ».

Ainsi, un des résultats de la recherche (à partir des expériences réussies en la matière mais aussi « en creux »), consiste à pointer l'absolue nécessité de *prendre en compte toute demande liée au travail*, l'activité professionnelle constituant une des dimensions participant au bien-être social au sens de l'OMS (au même titre que la santé, les activités sociales, la vie familiale, etc.) et pouvant contribuer au processus de rétablissement de la personne.

3.4 – Les services d'accompagnement : des équipes « ressources » pour les territoires

Les services d'accompagnement apparaissent à plusieurs titres une ressource potentielle pour les territoires dans la mise en œuvre des politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Les attentes posées à leur égard en termes d'évaluation, ou encore de conseils, part des constats suivants :

- Ils partagent tous une *approche globale et situationnelle de l'évaluation*, en s'attachant à poser une évaluation des compétences sociales de la personne dans ses différents domaines de vie, qui prenne en compte les caractéristiques de son environnement. Pour ce type de service, plus que pour tout autre équipement médico-social, la démarche d'évaluation des besoins de compensation dévolue à l'équipe pluridisciplinaire par la loi du 11 février 2005 (pour l'élaboration du plan personnalisé de compensation) se confond avec l'évaluation visant le projet individuel d'accompagnement du service³².
- La pluridisciplinarité des équipes des services d'accompagnement, leurs pratiques professionnelles et la palette des modalités d'intervention développées leur confèrent *une expertise* indéniable pour établir un lien de confiance et communiquer avec des personnes en situation de handicap d'origine psychique, ou encore faire émerger chez elles des demandes et stimuler leurs compétences sociales.
- *Fortement inscrits dans les territoires*, leur action intervient en complément et en articulation avec les autres services de santé, sociaux et médico-sociaux, et les dispositifs de droit commun.
- Les services d'accompagnement peuvent intervenir à diverses étapes de la trajectoire de vie de la personne, pour des durées d'accompagnement variables, dans le souci permanent de constituer un *point d'ancrage possible* pour les personnes en grande difficulté pour établir et maintenir les liens sociaux ; ils assurent à ce titre une fonction fondamentale de *veille sociale*.

³² Même s'il reste du ressort de la MDPH de valider cette évaluation et de vérifier la bonne mise en œuvre du plan de compensation établi, et la pertinence de la poursuite de l'accompagnement.

■ Une orientation vers les services d'accompagnement qui passe peu par la MDPH

Les services d'accompagnement rencontrés ont en commun de recevoir peu de personnes orientées directement par la MDPH. La notification de la MDPH intervient même après le début de l'accompagnement, voire beaucoup plus tard ou jamais, pour des services ayant obtenu une dérogation leur permettant de ne pas conditionner le suivi à une démarche auprès de la MDPH³³.

En effet, l'intervention d'un service d'accompagnement souvent n'a de sens qu'à un moment spécifique du parcours de vie de la personne, dans la prolongation d'autres soutiens ; et l'orientation vers un SAVS/SAMSAH sera par conséquent à l'initiative (ou accompagnée par) d'autres professionnels. La rencontre avec le service d'accompagnement respectera le rythme de la personne dans sa faculté à se projeter ou non dans un nouveau suivi, dans la rencontre avec de nouveaux professionnels. 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 consistera d'abord à établir un lien avec la personne. Cet « accrochage » de la relation, qui pourra prendre parfois plusieurs années, sous des formes très différentes en termes de fréquence de la rencontre, de lieu ou encore de qualification mobilisée (par exemple boire un café une fois par semaine pendant deux ans avec l'infirmière), est loin de toute démarche administrative ou d'une quelconque forme de contractualisation.

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*. 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 leur projet d'autonomisation vis-à-vis de leur parent par exemple a mûri).

■ Des partenaires de la MDPH dans le processus d'évaluation

Les services d'accompagnement apparaissent comme des partenaires potentiels pour participer à l'évaluation des équipes MDPH. En effet, la culture des services d'accompagnement en termes d'approche globale et situationnelle de l'évaluation (« GEVA normée »), ainsi que leur expertise du public présentant un handicap d'origine psychique, a conduit certaines MDPH à envisager de recourir à ces services pour les aider à poser une évaluation pour des situations de handicap d'origine psychique parvenant à la MDPH, *en particulier quand aucun référent professionnel n'apparaissait dans le dossier*. Cette démarche s'est encore peu concrétisée dans les faits, et les expériences rapportées par les services sont contrastées.

Si les services d'accompagnement se montrent favorables à développer un partenariat avec la MDPH sur la question de l'évaluation, notamment pour faire valoir le droit à la PCH des personnes en situation de handicap d'origine psychique, ils alertent cependant sur les conditions à réunir pour conduire une évaluation de qualité.

Ils notent en particulier qu'une évaluation nécessitera souvent plusieurs rencontres avec la personne et son entourage, ainsi que des échanges avec l'ensemble des professionnels qui participent à son accompagnement (dans le secteur sanitaire, médico-social, social, etc.). Cette évaluation impliquera par conséquent une mobilisation substantielle de l'équipe, sur une durée suffisamment longue, pour notamment faire émerger des demandes chez la personne.

³³ C'est le cas en particulier d'une grande partie des personnes suivies par le SAMSAH Adgesti, et des personnes accompagnées par le SAVS/SAMSAH Croix Marine 68 tant que l'équipe « médicale » n'est pas mobilisée.

De plus, ces évaluations « sous-traitées » pour les MDPH concernent généralement des demandes de PCH et correspondent ainsi davantage aux profils des personnes suivies par les SAMSAH, ce qui amène à penser que les équipes pluridisciplinaires de ces services auront une meilleure expertise pour évaluer ces situations. D'une façon générale, les services d'accompagnement rencontrés trouvent plus judicieux de participer à des évaluations concernant des situations qui se rapprochent le plus possible du public auquel s'adresse leur projet institutionnel.

Les autres formes de collaboration avec la MDPH relative à l'évaluation peuvent aussi prendre la forme d'un travail visant à « traduire » les critères d'éligibilité à la PCH pour ce profil spécifique, comme par exemple avec le SAVS Espoir 54.

Pour les personnes les plus isolées et les plus en difficulté pour établir un lien, l'évaluation ne peut intervenir qu'au cours d'une démarche d'accompagnement au long cours, « l'accroche » pour établir une relation pouvant prendre plusieurs mois, voire plusieurs années.

■ Informations et conseils auprès des acteurs locaux

De même, les services d'accompagnement peuvent contribuer à apporter informations et conseils aux acteurs locaux. Non spécialisés dans l'accomplissement d'une tâche particulière ou l'intervention sur un domaine de vie spécifique, l'action de ces services se déroule sur un territoire de proximité, dans le cadre d'un appui à la personne pour la construction progressive des liens avec son environnement. Les partenariats des services rencontrés sont multiples et varient ainsi au gré des accompagnements. Ce positionnement « naturel » à la croisée des chemins, dans la vie locale, allié à une expertise reconnue dans l'accompagnement de ce public spécifique, peut constituer une ressource précieuse, en termes d'information, de conseil ou encore de formation pour les autres acteurs contribuant, de près ou de loin, au processus de production³⁴ des situations de handicap d'origine psychique.

Ainsi, le Conseil général du Haut-Rhin a choisi de confier au seul service d'accompagnement spécialisé « handicap psychique » (SAVS/SAMSAH Croix Marine 68) une mission de plate-forme de ressources s'adressant aux autres SAVS du département et aux professionnels du secteur social au sens large. L'objectif est d'apporter des conseils et un appui individuel aux professionnels confrontés à une prise en charge difficile en lien avec la maladie mentale, en facilitant notamment les contacts avec le secteur psychiatrique pour un accès aux soins. Dans le cadre de cette mission de plate-forme de ressources, ont notamment été mises en place des formations en direction des aides à domicile, en collaboration avec des partenaires des secteurs psychiatriques. Par ailleurs, le SAVS/SAMSAH Croix Marine 68 a également pour mission de mettre en œuvre et de développer un réseau « handicap psychique » pour favoriser sur le département, au-delà des conseils et de la sensibilisation des acteurs « généralistes » ou « du droit commun » autour de situations individuelles, le développement de pratiques professionnelles et d'une culture communes sur la question du handicap psychique. Il reste que cette mise en synergie des ressources départementales ne pourra être efficace sans la présence suffisante d'équipements adaptés sur le territoire.

³⁴ Au sens du modèle québécois (P. Fougeyrollas). Le processus de production du handicap (PPH) « permet d'illustrer la dynamique du processus interactif entre les facteurs personnels (intrinsèques) et les facteurs environnementaux (externes) déterminant le résultat situationnel de la performance de réalisation des habitudes de vie correspondant à l'âge, au sexe et à l'identité socioculturelle des personnes ».

Sous une autre forme, le SAVS Espoir 54, convaincu de l'impact important de l'environnement sur ces situations de handicap, s'attache aussi, depuis sa création, à sensibiliser les différents acteurs de la Cité aux spécificités des situations de handicap psychique pour lever des obstacles liés aux représentations, aux conditions de la rencontre, à des modalités d'accès, d'information ou d'intervention des dispositifs de droit commun inadaptées aux limitations rencontrées par ces personnes. Des professionnels du SAVS et aussi des personnes accompagnées participent ainsi, en tant qu'experts, à des formations développées par un service spécifique de l'association Espoir 54. Ces formations, qui s'adressent aux professionnels de l'emploi et du secteur médico-social, ont vocation à la fois à les sensibiliser aux réalités du handicap psychique dans la cité et à apporter des outils spécifiques de prise en charge aux différents professionnels.

4 - Conclusion et perspectives

Comme nous l'avions posé en hypothèse de cette recherche-action, *il n'y a 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 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.

Qu'est-ce qui spécifie alors les formes d'accompagnement proposées par les services d'accompagnement « handicap psychique » ? Qu'est-ce qui motive le recours à un SAMSAH plutôt qu'à un SAVS ?

Quelle spécialisation ?

La recherche-action a montré que la **spécialisation** de ces services 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. Du point de vue de l'organisation des services rendus, cela se traduit par un *cadre d'intervention à la fois souple et permanent*, qui part de la parole de la personne et favorise l'émergence de demandes en allant au devant de la personne, dans le respect de son rythme. L'accompagnement visant d'abord à 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, ces services auront à proposer *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.). 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. La diversité des modalités d'intervention semble ainsi de rigueur pour accompagner ces publics, les personnes se saisissant ou non des possibilités offertes et co-construisant les réponses aux besoins exprimés et les attentes formulées.

Parmi les autres préconisations qui se dégagent des résultats de la recherche-action, il apparaît que le projet d'un service « spécialisé » devra porter une attention particulière au processus d'admission (pour « accrocher » la relation), fera bénéficier les personnes accompagnées d'une multi-référence professionnelle au sein de l'équipe (« pour tenir le lien »), ou encore prévoira 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).

De même, si les capacités relationnelles sont les principales aptitudes communes à l'ensemble des professionnels intervenant dans ces services, la diversité des diplômes et des expériences professionnelles semble souhaitable pour disposer de savoir-faire et savoir-être, de connaissances et d'outils cliniques susceptibles de répondre à la palette des besoins et demandes exprimées par un public souvent hétérogène et aux capacités variées et fluctuantes. Parmi les services rencontrés dans le cadre de cette recherche-action, les accompagnateurs exerçant la même fonction sont nombreux. Ils sont pourvus de formations diverses y compris d'une formation de psychologue, ou riches d'une expérience dans un service de psychiatrie (y compris AS de psychiatrie).

Enfin, ces services « spécialisés » se distinguent par une attention particulière portée au *suivi psychiatrique* qui conditionne fortement toute autre forme de soutien ou d'accompagnement à la vie quotidienne, sociale ou professionnelle. En effet, la recherche-action a souligné le *caractère fortement complémentaire et non subsidiaire des soins et de l'accompagnement*, le développement des services d'accompagnement « spécialisés » ne pouvant s'envisager que dans le cadre d'une psychiatrie de secteur à même d'exercer toute sa mission, notamment au travers d'actions partenariales sur un territoire donné. Ainsi, qu'ils posent ou non officiellement le suivi psychiatrique comme un pré-requis, l'inscription dans une démarche de soins, durable et adaptée, est le premier objectif de ces services, qui se traduit par une fonction de veille active (observance du traitement, régularité des consultations, prévention de l'hospitalisation, etc.).

Quelle « médicalisation » ?

Au-delà de ces conditions communes à réunir dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap d'origine psychique, il semblerait que les *interventions croisées de l'équipe pluridisciplinaire des SAMSAH* soient mieux à même de répondre à des situations nécessitant une intervention plus régulière et *plus soutenue dans les lieux de vie de la personne* (pour des problèmes majeurs d'hygiène personnelle ou d'incurie par exemple), ainsi que pour aller au devant des personnes *les plus isolées* et présentant les plus grandes difficultés dans la communication et la relation à l'autre, ou encore pour s'adresser à un public *en rupture de soins psychiatriques*. Le soutien à la santé somatique tend également à spécifier le projet institutionnel des SAMSAH ; les problèmes somatiques « lourds » constituant d'ailleurs un motif fréquent d'orientation vers ces services de la part des partenaires de la Psychiatrie, du travail protégé ou d'autres SAVS.

La « médicalisation » de ces SAMSAH réside moins dans la présence de médecins (qui peut se limiter à quelques heures par semaine dans un des SAMSAH de la recherche), de psychologues ou d'infirmiers que par la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire, au sein de laquelle chaque membre *intervient comme accompagnateur* (y compris le psychiatre au SAMSAH Adgesti), mais peut apporter une lecture clinique de la situation pour réfléchir collectivement, autant que de besoin, sur « *le processus morbide de la personne et ses répercussions sur la vie quotidienne* » et donner ainsi du sens à certains événements et ajuster les modalités de l'accompagnement.

Au regard de ces différentes analyses posées dans la recherche-action 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 tend à montrer que la présence de ces deux types d'équipement 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 service, 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 conclure, dans la logique du « qui peut le plus, peut le moins » (qui n'est d'ailleurs pas vraiment celle des logiques financières actuelles), 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 au travail accompli par plusieurs des SAVS de cette recherche pour soutenir un processus de réhabilitation qui vise à accompagner la personne vers un statut de citoyen, vers toujours moins de « médicalisation », voire de « professionnalisation », dans le soutien apporté, jusqu'à un processus de rétablissement passant essentiellement par les activités entre pairs (vers les GEM, les Club House, etc.).

Et les SAVS « généralistes » ?

Enfin, la recherche-action se devait de rendre compte également du travail accompli par les SAVS « généralistes » qui sont nombreux à accompagner, parmi l'ensemble de leurs usagers, quelques personnes en situation de handicap d'origine psychique, souvent par défaut de services spécialisés présents sur leur territoire.

Contre toute attente, certains SAVS « généralistes » s'avèrent offrir un cadre d'intervention suffisamment permanent et souple pour être en mesure d'accompagner des personnes présentant un handicap d'origine psychique. Ainsi, le SAVS la Rencontre, par son équipe pluridisciplinaire (composée de travailleurs sociaux, mais aussi d'un psychiatre, d'une AMP et d'un agent technique pour la maintenance des appartements), des temps de supervision réguliers mis en place avec un psychologue extérieur, ou encore en raison de son inscription ancienne sur le territoire, rassemble les conditions pour s'adresser à un public pour lequel les difficultés portent d'abord sur les relations avec autrui.

Cependant, malgré un projet institutionnel original, qui a fait ses preuves depuis 20 ans, l'analyse des biographies et les échanges avec l'équipe ont montré que le suivi de ces profils d'usagers impliquait une mobilisation plus grande du service, des ajustements plus nombreux, des prises de risque aussi dans l'accompagnement, qui ne peuvent être entrepris que pour *une partie marginale* de la clientèle du service (sous peine sinon de redéfinir un projet plus adapté en faveur de ce public spécifique). De plus, ce service ne se sent pas en capacité d'intervenir auprès de personnes pour lesquelles la maladie psychique aurait un impact trop important sur la cohérence de la pensée et la communication (alors que les idées délirantes ou l'angoisse leur paraissent gérables), rencontrant ainsi les limites de leur approche éducative.

Quelles perspectives de développement des SAVS et SAMSAH « spécialisés » ?

47

Les lois de 2005 et de 2009 posent le cadre d'un dépassement des secteurs sanitaires et médico-sociaux pour construire *une politique globale de santé publique*.

Les services d'accompagnement médico-sociaux, en collaboration avec les services de santé mentale pourraient enrichir la réflexion des Agences régionales de santé (ARS) dans leur souci d'articuler, sur les territoires, les trois schémas de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social.

Tout d'abord, les services d'accompagnement, en collaboration avec les services de soins et les services sociaux, pourraient avoir sur leur territoire d'appartenance une fonction de « veille et de prévention » des risques en matière de troubles psychiques.

D'autre part, alors que les Agences régionales de santé tentent une réorganisation par le haut, les services pourraient proposer une transformation par le bas, à partir de l'esprit des lois. Au lieu de s'interroger sur « le territoire » pertinent en nombre de personnes qu'il accueille, ils pourraient partir des deux principes architectoniques des lois 2005 et 2009 que sont le parcours de vie et le parcours de soins pour dépasser les deux secteurs sanitaire et médico-social et les transformer dans *une politique de santé publique* basée pour chaque personne autour d'un **plan personnalisé et concerté de soins et d'autonomie (PPSA)**.

Ce plan prendrait ainsi en compte **l'histoire de vie** des personnes, si importante pour les cliniciens des deux champs, ce qui supposerait aussi de lutter contre la « mémoire tronquée » des institutions dans lesquelles on ne connaît des personnes accueillies ou accompagnées que l'espace restreint du temps institutionnel partagé.

Ce plan, en conformité avec les lois de 2002, de 2005 et de 2009, serait conçu comme une **stratégie globale d'intervention**, c'est-à-dire une « **hypothèse** » provisoire et concertée, qui peut être remise en cause, mais toujours dans une continuité d'action. Dans ce cadre, la notion de projet de vie – si elle se comprend d'un point de vue politique et éthique pour affirmer la légitimité du point de vue de la personne – a peu de signification a priori pour les acteurs et l'objectif serait de *construire ensemble un « **trajet de vie** » alternatif à une vie sociale morbide.*

Ainsi les secteurs, médico-social et de santé mentale, pourraient inscrire les situations de handicap d'origine psychique comme un modèle de transversalité des trois schémas du Plan régional de santé (PRS). Ils permettraient d'articuler le PRS et les schémas territoriaux d'organisation sociale en évaluant la pertinence et l'adéquation des territoires de santé, des territoires de proximité (via les conférences de territoire) et proposer concrètement sur chaque territoire, et autant que faire se peut, des contrats locaux de santé et d'autonomie (avec les communes, l'Education nationale, les bailleurs sociaux, les bassins économiques, les établissements et services médico-sociaux et les associations de personnes en situation de handicap d'origine psychique et de leur famille).



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>