



MUSÉE SOCIAL
CREAHI ÎLE-DE-FRANCE



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

Synthèse
(octobre 2010)

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.).

❖ **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.

❖ **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.

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).

❖ **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 usagers, 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) 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, 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.

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 1^{er} janvier 2010 les CROSMS par des commissions d'appel à projets. Dans les faits, les CROSMS ont poursuivi leur activité jusqu'en juin 2010.

OBJECTIFS ET METHOLOGIE

❖ Objectifs

Cette recherche vise 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, et peut donner en ce sens des pistes pour la construction (ou la réorientation) d'un projet de service d'accompagnement. Elle tend à clarifier en particulier la place des différents acteurs impliqués dans ces situations de handicap psychique, que ce soit au sein de l'équipe pluridisciplinaire du service d'accompagnement, entre psychiatrie et médico-social, entre usager et parents, etc.

Cette recherche s'attache 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.

❖ Méthodologie

La méthodologie de la recherche 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 usagers et des aidants familiaux.

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.

❖ 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 plus qualitativement certaines questions ;
- ⊙ Une réunion avec l'équipe professionnelle a été conduite pour échanger d'abord sur les pratiques professionnelles et la place de chacun des membres au sein de l'équipe pluridisciplinaire ;
- ⊙ 4 biographies ont été établies, à partir de situations réelles actives (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 positionnent au sein du territoire et quelle articulation existait avec les différents dispositifs apportant un soutien à ce public ;
- ⊙ 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 proposés.

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.

LES PRINCIPAUX RESULTATS DE LA RECHERCHE

Les analyses et préconisations de cette recherche sont issues du croisement des informations collectées à la fois auprès de la direction de dix services d'accompagnement, de leur équipe, d'usagers et de parents, mais aussi de partenaires (secteur psychiatrique, ESAT, service mandataire judiciaire, etc.). A partir de ces éléments hétérogènes (constitués d'avis contraires, de critiques, d'écart parfois entre le discours et les éléments biographiques recueillis), il ne

s'agissait pas 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.

Ainsi, cette recherche pointe d'abord ce qu'il faudrait faire, à partir des pratiques éprouvées des services rencontrés, même si en creux se dessinent souvent les dysfonctionnements ou les erreurs de positionnement à éviter.

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.

❖ La place citoyenne de la personne

La différence fondamentale entre l'accompagnement proposé par un service d'accompagnement 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.

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 fausse 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. En effet, cette demande de travail signe un désir chez la personne sur lequel l'équipe pourra s'appuyer pour faire émerger d'autres besoins et attentes. *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.

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 EDUCATIF 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 habilités sociales, l'accompagnement médico-social, quant à lui, vise à retrouver des habilités 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.

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* »⁵ avec leurs entourages du milieu ordinaire. Pour ce faire, ces services tiennent compte bien entendu des connaissances du fonctionnement psychique des personnes, transmises par le secteur du soin ainsi qu'éventuellement par certains membres de l'équipe pluridisciplinaire médico-sociale bénéficiant d'une expertise clinique dans ce domaine (infirmier, psychologue, psychiatre). Mais la place

⁵ « 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* (1932), 1987, Paris, Méridiens Klincksieck, p.105.

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 un suicide, de l'errance ou encore de l'alcoolisation, sous peine de ne pas accorder aux personnes accompagnées une place de sujet.

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

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, ne peut que prendre en compte la famille dans la stratégie globale d'intervention, quand un accord de la personne peut être obtenu ou quand l'appui auprès des aidants visent uniquement leur soutien propre, de façon distincte de l'accompagnement (ex : groupes de parole des aidants). Aussi, il ne semble 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.

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 a choisi de faire passer la personne accompagnée d'un statut « d'utilisateur » à 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.

❖ **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.

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

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 soin et d'accompagnement médico-social, sont ainsi résolument complémentaires et non subsidiaires, parce qu'elles s'inscrivent notamment dans des perspectives différentes. Enfin, il est important de préciser que si les soins et l'accompagnement médico-social poursuivent des objectifs distincts et s'exercent dans des espaces différenciés, l'un n'est pas sans effet sur l'autre, et inversement. Ainsi, la plupart des acteurs s'accordent à penser que l'accompagnement social (ou médico-social) a des effets thérapeutiques réels, et notamment diminue la fréquence des séjours d'hospitalisation.

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

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

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).

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 soin. Il s'agit bien, dans les SAMSAH ayant participé à la recherche, d'une équipe pluridisciplinaire dans laquelle chaque professionnel intervient auprès de l'usager 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.

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.

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.)⁶, 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 rencontre⁷.

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 partenaires des secteurs psychiatriques 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

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 évènements.

Par ailleurs, 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 (VIH, cancer, hépatite, maladie cardiaque ou respiratoire, etc.) ou cumulant divers problèmes de santé nécessitant une veille médicale, des aménagements de vie particuliers (régime diététique par exemple), et conduisant à des hospitalisations fréquentes en médecine générale. 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).

Il reste que, parmi les services de notre panel, la distinction entre SAVS et SAMSAH est loin d'être évidente (au regard des missions, de la composition des équipes, du profil du public suivi, etc.) et que les personnes en situation de handicap psychique peuvent relever, selon les étapes de leur parcours de vie, de l'une ou l'autre de ces structures (en fonction de l'évolution de la maladie, du contexte environnemental, etc.). Le projet du SAVS/SAMSAH Croix Marine 68 est dans ce sens intéressant dans la mesure où il permet, selon la personne et les moments, la mobilisation autant que de besoin de l'une ou l'autre des composantes de ce service « hybride ».

❖ **Le 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 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 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.

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'usager, la qualité du lien étant bâti sur une relation de confiance et une distance adéquate. De même, le développement d'une multi-référence des situations est perçu comme nécessaire par l'ensemble des services d'accompagnement, les personnes accompagnées « ne pouvant tenir dans la relation duelle » sur le long terme.

La permanence du cadre interroge également la durée de l'accompagnement. 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 usagers au cours des activités collectives des services d'accompagnement 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 l'utilisateur 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 lien, 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.

Il reste qu'un accompagnement médico-social soutenu sur la durée apparaît nécessaire pour une partie des usagers des services rencontrés, sans que des relais soit 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.

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'appropriation 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) 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, en tant que de besoin, « *sur le processus morbide de la personne et ses répercussions sur la vie quotidienne* » pour mieux adapter les modalités de l'accompagnement.

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'utilisateurs 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.

En conclusion, si la définition d'un projet spécifique semble incontournable pour accompagner des personnes en situation de handicap psychique, la spécialisation porte d'abord sur la réunion des conditions permettant de proposer un cadre d'intervention à la fois solide, permanent et souple.

❖ **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 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 service⁸.
- 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 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.

Aussi, 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 psychique, ils

⁸ 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.

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.

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.

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 production⁹ 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

⁹ 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 ».

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.

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 ainsi que des usagers 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.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Le positionnement nécessairement différent et complémentaire des services de psychiatrie et des services médico-sociaux, évoqués précédemment, doit être replacé dans le contexte actuel de réorganisation des politiques publiques.

Si ces positionnements divergent, ils reposent cependant sur un partage de perspectives réciproques :

- tout d'abord la pratique thérapeutique des secteurs de psychiatrie et la pratique d'accompagnement médico-social s'appuient sur les **potentialités** des personnes et non pas seulement sur leurs incapacités¹⁰ ;
- d'autre part la pratique clinique dans les deux types de services s'adresse à des gens qui souffrent et une réhabilitation sociale et citoyenne ne peut s'envisager sans **tenir compte des troubles psychiques et de la structuration psychopathologique** qui s'est installée dans un parcours de vie.

Mais une articulation pertinente entre la santé mentale et le médico-social ne pourra se faire qu'à la condition d'une **acculturation réciproque**. Les deux secteurs ne partagent pas la même histoire fondatrice et les professionnels d'un

¹⁰ Cf. Marcel SASSOLAS, « Réflexions sur la fonction soignante des structures médico-sociales » Colloque des Croix Marine « *Quels dispositifs pour quelle psychiatrie ? Du sanitaire au social : différences et convergences* », Lille, 27-28 septembre 2010.

champ ignorent souvent les périodes, étapes, expériences, débats et choix qui ont construit la perspective et le positionnement de l'autre champ.

Nous assistons souvent sur le terrain à des malentendus sémantiques et « corpusuels » – si on nous permet ce barbarisme –, parce que les mots ne recouvrent pas le même sens ou parce qu'ils renvoient à des expériences et des problématiques différentes dans l'histoire conceptuelle, expérientielle et institutionnelle des deux champs. Or, ces histoires fondatrices – c'est du moins l'hypothèse que nous faisons – se fondent sur *des approches philosophiques communes* **et** sur des champs de pratiques différents.

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 d'usagers).