



**PROJET DE VIE ET PROJET DE SOINS :
UNE COORDINATION NECESSAIRE POUR LES
PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES
ACCUEILLIES EN SAVS**

Régine TOURNIER

2014

cafedes



Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont apporté de l'aide durant l'élaboration de ce mémoire et plus particulièrement :

Gérald BAILLOU, directeur du Centre La Soleillade, à Carmaux (Tarn) pour m'avoir autorisée à réaliser ce travail dans le cadre du SAVS La Soleillade, au sein duquel l'accompagnement des personnes handicapées psychiques et la coopération avec le secteur psychiatrique occupent une place importante. Son ouverture d'esprit et son goût pour l'innovation m'ont permis d'investiguer des processus qui me tenaient à cœur.

Elsa SANZ, directrice adjointe du Centre La Soleillade, pour son efficacité et son expertise de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques. La solidité de son intervention a été très précieuse et m'a permis de parfaire mes connaissances.

Tous les salariés de l'ASEI, qui au sein du siège social, du Centre La Soleillade, du FAS André Billoux et de l'ESAT Caramantis, ont répondu à mes très nombreuses sollicitations.

Marc PASSAMAR, psychiatre et responsable du service des urgences à l'hôpital du Bon Sauveur d'Albi, investi dans le partenariat avec le Centre La Soleillade, pour m'avoir éclairée sur les attentes du personnel de l'hôpital, par rapport à la prise en charge médicale et à l'accompagnement social des personnes handicapées psychiques.

Denise GOUDOUX-MORZELLE, ma directrice de mémoire, dont l'expérience en la matière et la précision du vocabulaire m'ont sécurisée dans la phase d'écriture et dont la sincérité des échanges, ont enrichi ma perception du métier de directeur.

Martine BOUISSET et Isabelle GENDRE, pour leur relecture attentive et sans complaisance de cet écrit.

Enfin j'ai une pensée émue pour Simon, mon petit garçon, qui en vain depuis 30 mois, essaie de franchir la porte de mon bureau sans mon autorisation, et pour Jean, son père, qui de l'autre côté de la porte, prend soin de lui... Je les remercie chaleureusement pour leur patience et leur soutien.

A Chantal et à Emilien, pour leur talent, leur courage et leur humilité.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA PROGRESSION DU HANDICAP PSYCHIQUE AU SEIN DU SAVS LA SOLEILLADE, POSE LA QUESTION DU SOIN	3
1.1 Les SAVS jouent un rôle pivot dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques	3
1.1.1 De la maladie mentale au handicap psychique.....	3
1.1.2 Sous l'effet de la désinstitutionalisation, les personnes handicapées psychiques vivent dans la cité.....	5
1.1.3 Les SAVS, outils de la désinstitutionalisation, reçoivent de plus en plus de personnes handicapées psychiques	7
1.2 Le SAVS La Soleillade : un service au sein d'un établissement construit sur une logique de parcours	9
1.2.1 La logique de parcours mise en avant par l'ARS	9
1.2.2 L'ASEI positionne le projet de vie comme socle du parcours de la personne.....	10
1.2.3 La Soleillade : un établissement construit sur une logique de parcours	11
1.2.4 Le SAVS La Soleillade accompagne 100 adultes et 34 de leurs enfants	12
1.2.5 Sur le territoire d'Albi, La Soleillade a construit des partenariats	19
1.3 La souffrance psychique des personnes accompagnées par le SAVS, pose la question du soin	21
1.3.1 70 % de la file active du SAVS présente une pathologie psychiatrique	21
1.3.2 Le soin doit être intégré au projet de vie et les professionnels doivent être formés....	22
1.3.3 L'équipe du SAVS est en difficulté, face à la force de la souffrance psychique	23
1.3.4 Les besoins en soins des personnes handicapées psychiques du SAVS sont insuffisamment couverts	23
1.3.5 Les besoins exprimés par l'équipe du SAVS pour accompagner cette population	25
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE.....	26
2 INTEGRER LE SOIN AU PROJET DE VIE, MALGRE LE CLOISONNEMENT ENTRE SECTEUR SOCIAL ET SANITAIRE	27
2.1 Pour les personnes handicapées psychiques, projet de vie et projet de soins, doivent être concomitants et coordonnés.....	27
2.1.1 Le projet de vie et le projet de soins sont mis en œuvre par deux secteurs distincts .	27
2.1.2 Le projet de vie et le projet de soins ont une action l'un sur l'autre.....	29

2.2	Décloisonnement des secteurs : une longue croisade est engagée	30
2.2.1	Le cloisonnement entrave la simultanéité des projets, en morcelant le parcours	30
2.2.2	La loi HPST et l'ARS impulsent le décloisonnement	31
2.2.3	Malgré les injonctions à coopérer, des difficultés restent à surmonter	37
2.2.4	Quand l'intervention d'un tiers facilite le décloisonnement.....	42
2.3	A La Soleillade, coordonner acteurs et projets, pour dépasser le cloisonnement.....	47
2.3.1	Le SAVS La Soleillade n'échappe pas aux incidences du cloisonnement.....	47
2.3.2	Les axes stratégiques pour dépasser le cloisonnement au sein du SAVS	50
	CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE	52
3	COORDONNER PROJET DE VIE ET PROJET DE SOINS, EN CREAT UN SAMSAH ET EN PILOTANT UN PARTENARIAT SUR LE TERRITOIRE	53
3.1	Impulser une nouvelle dynamique en bâtissant deux projets, et en s'ouvrant à l'innovation	53
3.2	Introduire le soin dans l'accompagnement, en répondant à l'appel à projet SAMSAH.....	58
3.2.1	Saisir l'opportunité de médicaliser 15 places de SAVS.....	58
3.2.2	Notre candidature à l'appel à projet SAMSAH sur le bassin de santé d'ALBI.....	59
3.2.3	Réorganiser le SAVS et faire évoluer son projet de service.....	68
3.3	Enclencher un partenariat actif avec l'hôpital du Bon Sauveur	71
3.3.1	Coopération : Le chemin déjà parcouru et le travail restant à accomplir.....	71
3.3.2	Valider une procédure de gestion des crises et une fiche de liaison.....	74
3.3.3	Apporter un éclairage clinique, former et échanger avec les professionnels de santé	76
3.3.4	Rencontrer plus régulièrement les CMP et l'hôpital de jour	77
3.3.5	Répertorier les acteurs et désigner un interlocuteur dans chaque structure	78
3.4	A long terme, faire appel à des outils et dispositifs innovants	79
3.4.1	Partager les informations concernant le parcours, sur support numérique	79
3.4.2	Réfléchir à l'intervention d'un tiers pour faciliter le partenariat	81
	CONCLUSION	82
	Bibliographie.....	83
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADAPT	Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
AFTC	Association des Familles de Traumatisés Crâniens
APAJH	Association pour Adultes et Jeunes Handicapés
APF	Association des Paralysés de France
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASEI	Association « Agir, Soigner, Eduquer, Insérer »
ASIP Santé	Agence des Informations Partagées de Santé
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CESF	Conseillère en Economie Sociale et Familiale
CH	Centre Hospitalier
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMPRO	Centre Médico Professionnel
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DCR	Dossier de Coordination du Réseau
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP	Dossier Médical Personnel
DNDR	Dotation Nationale de Développement des Réseaux

DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EAID	Espace d'Accueil et d'Information sur les Dépendances
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT	Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
FAS	Foyer d'Accueil Spécialisé
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FOT	Foyer Occupationnel et Thérapeutique
GAP	Groupe d'Analyse des Pratiques
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale
HAS	Haute Autorité de Santé
IME	Institut Médico-Educatif
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MAIS	Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale
MDPH	Maison Départementale des personnes handicapées
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
MSSANTE	Messagerie Sécurisée de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
OVE	Œuvre des Villages d'Enfants
PAUF	Plan Annuel d'Utilisation des Fonds
PHV	Personnes Handicapées Vieillissantes

PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPI	Plan Pluriannuel d'Investissement
PPS	Projet Personnalisé de Santé
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PUV	Petites Unités de Vie
RCP	Réunion de Coordination Pluri-professionnelle
SACAT	Section Aménagée de CAT
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAUS	Service d'Accueil des Urgences Spécialisées
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
UNAFAM	Union Nationale des Amis ou Familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques

INTRODUCTION

En France, l'accompagnement des personnes souffrant de maladie mentale a été le premier concerné par le mouvement de désinstitutionnalisation qui dès l'après-guerre, invitait ces personnes à vivre en milieu ordinaire, plutôt qu'en établissement. Ce mouvement s'est amplifié à partir des années 1970, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique. Plus tard, sous l'impulsion de la communauté européenne, les politiques de *mainstreaming* (courant principal) ont étendu la logique d'inclusion, à toutes les formes de handicap. Centrée sur les potentialités des personnes, celle-ci vise l'adaptation de l'environnement et la participation des différents acteurs, pour que la personne handicapée ait sa place dans toutes les dimensions de la vie sociale, au sein de la cité.

Les personnes handicapées psychiques qui vivent hors établissement, dans la cité, éprouvent régulièrement des difficultés pour accomplir les actes de la vie quotidienne. En ce sens, l'accompagnement proposé par les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) est bien adapté, car il est le plus souvent dispensé à leur domicile, pour les aider à concrétiser leur projet de vie. Parallèlement, la loi du 11 février 2005¹, en plus de promouvoir l'inclusion, a reconnu pour la première fois la notion de handicap psychique, tendant ainsi à faciliter l'orientation de ces personnes vers les secteurs social et médico-social. Dès lors, les SAVS en ont accueilli de plus en plus.

Le SAVS La Soleillade au sein duquel j'assume la fonction de chef de service, n'a pas échappé à ces évolutions. Basé à Carmaux dans le Tarn, il a été créé en 1991 par l'ASEI, pour accompagner des personnes handicapées, travaillant en ESAT, qui présentaient essentiellement des déficiences intellectuelles. Puis ses effectifs ont peu à peu augmenté, pour atteindre 100 places en 2010. Mais au-delà du nombre, c'est surtout la nature du handicap qui a évolué. En 2013, dans la file active des 113 personnes accueillies, toutes présentent une déficience intellectuelle légère ou moyenne. Mais parmi elles, 79 soit 70 % de l'effectif, souffrent de troubles psychiques associés, particulièrement sévères pour 15 d'entre elles, constituant ainsi la première cause de leur handicap.

Au quotidien, les symptômes de ces maladies déstabilisent les travailleurs sociaux : tout d'abord ces personnes manifestent régulièrement une grande souffrance (angoisses massives, risque suicidaire, comportements violents, états délirants, conduites addictives) ; ensuite, ces troubles varient dans le temps et dans leur mode d'expression ; par ailleurs, il est fréquent que ces personnes dénie leur pathologie. Au fil du temps, les professionnels se trouvent en difficulté, voire démunis, face à l'acuité de cette souffrance psychique, si bien que la relation d'aide peut être perturbée, voire empêchée.

¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, www.legifrance.gouv.fr

Pourtant, depuis plus de 20 ans, le personnel éducatif du SAVS a acquis une solide expérience dans l'accompagnement social des personnes présentant des déficiences intellectuelles. Mais les particularités de la maladie mentale interrogent leurs pratiques à deux niveaux : elles mettent tout d'abord en évidence la nécessité de faire entrer plus régulièrement la dimension du soin et ensuite, elles questionnent l'accompagnement social - le prendre soin - de cette personne, qui régulièrement met à l'épreuve le lien que les professionnels ont besoin de tisser avec elle, pour créer une relation de confiance.

Le soin ne fait pas partie de la mission confiée au SAVS, service social, qui a pour vocation de « *contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées* ». Du reste, il n'emploie pas de professionnels de santé. Toutefois, depuis 1994, l'établissement La Soleillade coopère avec L'hôpital psychiatrique du Bon Sauveur, basé à Albi. Dès lors, il y a lieu de s'interroger sur les raisons qui expliquent qu'une telle coopération, aussi qualitative soit-elle, ne suffise pas à répondre aux besoins de ces personnes. Nous verrons, qu'à la différence d'autres pathologies, pour accompagner au mieux ces patients, le soin et le prendre soin ne doivent pas faire l'objet de séquences successives : le projet de vie et le projet de soins doivent être simultanés et coordonnés.

Afin de réduire la souffrance des personnes handicapées psychiques et pour éviter que les professionnels ne s'épuisent, je souhaite faire évoluer l'accompagnement de cette population, au sein du SAVS. Pour cela, j'ai construit une démarche en trois étapes. Dans la première, je m'attacherai d'abord à expliquer le rôle essentiel que jouent les SAVS dans l'accompagnement de ces personnes. Puis je présenterai le SAVS La Soleillade, au travers de son projet de service, du projet associatif de l'ASEI et des partenariats qu'il a construits sur son territoire. Enfin, je m'attacherai à détailler les problèmes soulevés par la progression de ce handicap, en précisant les besoins insuffisamment couverts au niveau des personnes accueillies, mais aussi des travailleurs sociaux.

Dans la deuxième partie, je veillerai à expliquer pourquoi, le Projet de vie et le Projet de soins doivent être coordonnés et concomitants. J'évoquerai ensuite, en quoi le cloisonnement entre secteurs, rend difficile cette simultanéité, mais aussi pourquoi le décroisonnement préconisé par l'ARS, peine à se mettre en œuvre.

Enfin, dans la troisième partie, je proposerai un plan d'action, pour coordonner l'accompagnement social et la prise en charge médicale, au plus près de la personne. Je préciserai comment j'envisage de mobiliser les professionnels du SAVS, autour de divers projets, parfois innovants, pour construire avec eux, sur le territoire d'Albi, un accompagnement de qualité au service des personnes handicapées psychiques.

1 LA PROGRESSION DU HANDICAP PSYCHIQUE AU SEIN DU SAVS LA SOLEILLADE, POSE LA QUESTION DU SOIN

1.1 Les SAVS jouent un rôle pivot dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques

1.1.1 De la maladie mentale au handicap psychique

A) Les troubles psychiques concernent près d'un français sur cinq

« Les pathologies mentales ou psychiatriques sont nombreuses et font référence à des classifications diagnostiques internationales. Parmi les plus connues : le trouble bipolaire, la schizophrénie, l'autisme, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles des conduites alimentaires, les phobies, l'anxiété généralisée... »²

Selon le Collectif Santé Mentale et Troubles Psychiques³, en 2014, 18 % de la population française, (12 millions sur 65) souffre d'au moins un trouble psychique, soit près d'un français sur cinq. Par ailleurs, en 2011, un rapport de la Cour des Comptes, indiquait que les pathologies relevant de la psychiatrie se situent au troisième rang des maladies les plus fréquentes, après le cancer et les maladies cardio-vasculaires. *« De nature, de gravité et d'évolution différentes, elles vont des plus lourdes, comme les schizophrénies, aux simples épisodes dépressifs ou anxieux isolés, ... entre un dixième et un cinquième de la population risque d'être atteint par un trouble mental à un moment de sa vie. »⁴* La maladie psychique est la première cause d'entrée en invalidité pour les assurés de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés⁵. Elle fait actuellement l'objet du « Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 ». Celui-ci précise les enjeux : *« Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au 21^{ème} siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. »⁶*

Le rapport de Michel CHARZAT⁷ synthétise les difficultés de la vie quotidienne rencontrées par les personnes souffrant de troubles psychiques :

- La première concerne la stigmatisation liée à la méconnaissance et à la crainte de la population, par rapport aux maladies mentales ;

² Réseau de coopération scientifique en santé mentale, juin 2014, www.fondation-fondamental.org

³ Collectif Santé Mentale et Troubles Psychiques, Août 2014, www.santementale2014.org

⁴ Cour des comptes, Décembre 2011, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2010 », Introduction, www.ccomptes.fr

⁵ CUERQ Anne, PAITA Michel, RICORDEAU Philippe (CNAMTS), Juillet 2008, Points de Repère N°16

⁶ Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, www.sante.gouv.fr, p5

⁷ CHARZAT Michel, Mars 2002, « Rapport à Mme Ségolène ROYAL, Ministre déléguée aux personnes handicapées », p33, www.social-sante.gouv.fr

- La deuxième est liée à la « *souffrance qui en résulte, d'autant plus terrible qu'il est difficile pour la personne et son entourage, d'en comprendre la nature psychique* » ;
- La troisième souligne la fragilité et la vulnérabilité de la personne ;
- La quatrième s'intéresse à l'isolement de la personne et à la rupture du lien social ;
- La cinquième concerne la variabilité et l'imprévisibilité des troubles : « *le contraste entre les potentialités de la personne et son activité réelle, son apragmatisme, sa fatigabilité ou sa lenteur, déconcertent les personnes non averties, ...* » ;
- La sixième est liée à la durée et l'évolutivité: « *Les troubles psychiques s'inscrivent dans la durée, mais généralement avec des variations importantes dans le temps.* » ;
- La septième s'intéresse au poids des traitements ;
- La huitième fait état de la souffrance de la famille et de la lourde charge morale qu'elle est souvent seule à porter ;

B) Le handicap psychique reconnaît les incapacités résultant d'une pathologie

Le handicap psychique vient reconnaître les incapacités résultant d'une pathologie mentale avérée, c'est-à-dire diagnostiquée et confirmée. Ces maladies au long cours, avec leurs différentes phases (crise, stabilisation et parfois rémission) génèrent des insuffisances et un désavantage que l'on peut définir comme le handicap psychique.

Ce handicap ne doit pas être confondu avec le handicap mental, conséquence d'une déficience innée (déficience intellectuelle, maladie génétique, trisomie 21 etc.) La Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, du 11 février 2005⁸ définit le handicap, dans son article 2, comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

La prise en compte de la dimension psychique dans cette définition très large du handicap englobe toutes les personnes dont les troubles psychiques ont des répercussions sur les activités quotidiennes (scolarité, formation, activités professionnelles et/ ou activités sociales compromises) et des conséquences sociales (isolement, stigmatisation, risque de marginalisation). Elles sont accentuées par un diagnostic souvent tardif et une difficulté à comprendre les manifestations de cette souffrance (handicap invisible).

⁸ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, www.legifrance.gouv.fr

Toutefois, de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiques vivent dans le milieu ordinaire sans avoir ressenti le besoin de faire reconnaître un handicap. A ce stade, il est important de préciser, que lorsque la MDPH reconnaît le handicap d'une personne souffrant de troubles psychiques, elle lui attribue une orientation vers un type d'établissement, mais elle ne qualifie pas le handicap de « psychique » même si la maladie mentale en est la principale cause. Et sur le terrain, les professionnels du secteur médico-social associeront le terme de « handicap psychique », à des personnes souffrant de troubles psychiques, mais dont le handicap a peut-être aussi d'autres origines. C'est ce qui me fait dire que la notion de « handicap psychique » demeure relativement floue.

« On aura entendu tout et son contraire à propos d'une expression qui n'est définie nulle part de manière consensuelle, et pas non plus dans la législation. Pourtant, il est convenu d'affirmer que la loi de février 2005, a reconnu officiellement le handicap psychique. Ceci est vrai et faux à la fois ... On peut donc dire que l'altération psychique, si tant est qu'elle a pour conséquence une limitation d'activité ou une restriction de participation, est officiellement reconnue par la loi. Mais la notion de handicap psychique n'est à aucun moment reprise en tant que telle dans les 101 articles de la loi. Pourtant, cette expression utilisée jusqu'à peu comme une « notion de combat », a permis de « rendre visible une population invisible » ».⁹

1.1.2 Sous l'effet de la désinstitutionnalisation, les personnes handicapées psychiques vivent dans la cité

A) Le mouvement de désinstitutionnalisation a démarré dans le secteur psychiatrique

« La critique de la psychiatrie asilaire, ... s'est surtout développée pendant la dernière guerre mondiale, quand nombre d'hôpitaux au fonctionnement asilaire se sont retrouvés sans ressources et ne pouvant permettre aux malades de survivre que par la mise en place d'une microéconomie dans laquelle les patients les plus régressifs se sont retrouvés actifs et dotés de capacités à s'autonomiser, qui ont surpris tous les soignants. C'est ainsi qu'à l'hôpital de Saint Alban, en Lozère, F. Tosquelles démontrera que la plupart de ses patients étaient mobilisables pour autant qu'on casse les murs de l'asile... »¹⁰

En 1945, un livre blanc a engagé les pouvoirs publics dans la voie de la désaliénation : des psychiatres comme EY, LE GUILLANT ou BONNAFE considèrent que les malades

⁹ CEDIAS-ANCREAI Ile de France, « Actes du colloque « Handicap d'origine psychique », du 23 Mars 2009, Volet 2 : synthèse de la phase terrains », p2

¹⁰ SENON J.L., LAFAY N., PAPET N., MANZANERA C., Grands courants de la Pensée Psychiatrique, www.senon.pagesperso-orange.fr

mentaux sont des malades comme les autres. Ce nouveau courant mène à la sectorisation psychiatrique (circulaire du 15 Mars 1960¹¹). La loi du 25 Juillet 1985¹² officialise cette sectorisation. L'ensemble s'appuie sur l'externalisation des soins qui se dispensent de plus en plus en milieu ouvert, soit dans des centres médico-psychologiques de proximité, soit dans des unités d'hospitalisation de jour ou de nuit, extérieures à l'hôpital. Entre 1980 et 2011, le nombre de lits en hôpital psychiatrique est passé de 120 000 à 55 000¹³ et la durée moyenne d'hospitalisation a chuté de 105 jours à 29 jours¹⁴. Ce mouvement a été facilité grâce aux progrès des traitements psychothérapeutiques et médicamenteux ;

*« Cette évolution est le fruit de politiques publiques qui visent à améliorer l'offre de places en établissement médico-sociaux, pour les déficients psychiques. »*¹⁵ Afin de transférer des lits du secteur sanitaire, vers le secteur médico-social, notamment pour des raisons budgétaires, les ordonnances dites « JUPPE » du 24 avril 1996, ont facilité le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social. Pour ce faire, elles donnent une base légale aux réseaux de santé et permettent aux hôpitaux publics et privés, de créer et de gérer des services et établissements sociaux et médicaux-sociaux. Le secteur médico-social a ainsi pris le relais, permettant une prise en charge de longue durée (lieux de vie), jusque-là assurée par défaut, par l'hôpital psychiatrique ;

B) La désinstitutionnalisation au service du projet de vie et du parcours

*« Désinstitutionnalisation et personnalisation constituent les deux axes complémentaires d'une évolution radicale de la posture en matière de réponse à tous ceux qui se retrouvent, pour des questions d'aléas de la vie, dans une situation de handicap. Selon nous, elles représentent l'aboutissement d'une longue marche pour la reconnaissance d'une seule et même citoyenneté pour tous. Elles dessinent le futur paysage des opérateurs, tant au plan de leurs positionnements que de leurs pratiques professionnelles. »*¹⁶

Aujourd'hui, la vie en institution n'est pas toujours compatible avec la vie sociale à laquelle tout individu peut prétendre. Elle limite les contacts que chacun peut nouer au sein de la cité. C'est notamment le cas des établissements traditionnels avec un internat,

¹¹ Circulaire du 15 Mars 1960, www.ascodocpsy.org

¹² Loi N°85-772 du 25 Juillet 1985, portant diverses dispositions d'ordre social, www.legifrance.gouv.fr

¹³ COLDEFY Magali (IRDES), Octobre 2012, Question d'économie de la santé, N°180, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques, en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences »

¹⁴ IRDES, Décembre 2013, Données de cadrage : L'hôpital, Nombre de lits, journées et durées moyennes de séjour, www.irfdes.fr

¹⁵ DREES, Juin 2008, Etudes et résultats N° 641, p 6

¹⁶ LOUBAT Jean-René, Juin 2013, « Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale », DUNOD, Paris, p13

même si nombre d'entre eux ont fait l'effort de s'ouvrir sur l'extérieur. « *Le choix européen du mainstreaming (courant principal) impose donc un nouveau cadre de droit commun, ... Ainsi la loi du 11 février (2005) déjà citée entérine ces avancées et prône l'accès des personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, à toutes les institutions ouvertes à la population, ainsi que l'opportunité pour elles, de vivre dans leur environnement ordinaire de vie, de scolarité ou de travail* »¹⁷ Quelques années plus tard, la recommandation européenne de Février 2010, en matière de désinstitutionalisation retranscrit cette volonté des personnes en situation de handicap, de bénéficier des services au plus près de leur environnement, plutôt que d'être prises en charge par un dispositif qui les éloigne de leur cadre de vie ordinaire. Ainsi les personnes handicapées deviennent des citoyens à part entière. Elles ont des projets et sont en mesure de choisir leurs activités, mais aussi tel ou tel service, pour les épauler. C'est l'émergence de la notion de projet de vie, présenté comme indispensable, dans la loi du 11 février 2005¹⁸.

Parallèlement, dans la suite logique de ces évolutions, est apparue la notion de parcours : « *Cette notion de parcours s'avère essentielle dans la conception d'avenir de la santé, comme de l'inclusion des personnes en situation de handicap. En effet, le parcours d'une personne ne s'identifie plus à son séjour en établissement, mais sera constitué - comme pour chacun d'entre nous - d'une série d'étapes et de changements en tous genres (modes de vie, sites, activités, situations relationnelles, etc...).* »¹⁹ Dans ce mémoire, la notion de projet de vie sera développée dans le 2.1.1 et celle de parcours, dans le 1.2.1.

1.1.3 Les SAVS, outils de la désinstitutionalisation, reçoivent de plus en plus de personnes handicapées psychiques

A) Le SAVS a pour mission de contribuer à la réalisation du projet de vie

Le décret 2005-223 du 11 Mars 2005²⁰ relatif à l'organisation et au fonctionnement des SAVS et des SAMSAH, définit ainsi leur mission principale, dans son article D. 312-155-5 : « *Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) 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 leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.* » Les SAVS accueillent exclusivement des

¹⁷ LOUBAT Jean-René, Juin 2013, « Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale », DUNOD, Paris, p17

¹⁸ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, www.legifrance.gouv.fr

¹⁹ LOUBAT Jean-René, Juin 2013, « Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale », DUNOD, Paris, p 27

²⁰ Décret N°2005-223 du 11 Mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et des SAMSAH, www.legifrance.gouv.fr

personnes handicapées adultes. Ils n'emploient pas de personnel médical et relèvent donc du secteur social. En aidant la personne à vivre dans la Cité, le SAVS constitue donc une alternative majeure à l'hébergement. L'équipe intervient au domicile de la personne et l'accompagne au quotidien, dans la réalisation de son projet de vie. Elle travaille avec les services existants et coordonne les diverses actions des partenaires.

B) Les personnes handicapées psychiques vivant dans la Cité ont besoin d'un accompagnement à domicile

Selon la présidente de l'UNAFAM 81, beaucoup de personnes handicapées psychiques vivent chez leurs parents, si bien, qu'avec l'âge, ces derniers s'épuisent. Par ailleurs, en vieillissant, ceux-ci s'inquiètent par rapport au devenir de leur enfant, quand ils ne seront plus là. Car la plupart des personnes handicapées psychiques ne peuvent s'assumer seules et ont besoin d'un accompagnement. En effet, ces personnes se caractérisent par des difficultés dans les relations sociales, un repli sur soi et une absence d'initiatives. C'est pourquoi l'UNAFAM²¹ suggère un accompagnement dans divers domaines :

- Personnel (se soigner, faire ses courses, préparer un repas ...)
- Social (prévoir et organiser un rendez-vous ...)
- Professionnel (orientation, aide à l'intégration, aménagement de poste ...)

C) Le SAVS : un accompagnement adapté aux personnes handicapées psychiques

« 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. ... 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 primordial. 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. »²²

D) Du handicap mental ... au handicap psychique

Les premiers SAVS ont vu le jour à la fin des années 1970 et étaient souvent adossés à des ESAT. Ils ont été créés pour aider les travailleurs handicapés, présentant le plus souvent une déficience intellectuelle, à vivre dans un logement individuel. Puis ils se sont peu à peu ouverts à d'autres publics, présentant d'autres déficiences. Sous l'impulsion

²¹ UNAFAM, Mai 2014, Les besoins des personnes handicapées psychiques / L'accompagnement, www.unafam.org

²² CEDIAS-CREAH I de France, Décembre 2011, « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? », Synthèse et recommandations, p7

des familles, mais aussi des militants de l'action sociale et des professionnels du secteur psychiatrique, certains se sont spécialisés dans l'accompagnement de personnes atteintes de pathologies psychiatriques. Car en reconnaissant le handicap psychique, la loi du 11 février 2005²³ a provoqué une augmentation du nombre d'orientations de ces personnes vers le secteur médico-social et en particulier vers les SAVS, qu'ils soient spécialisés, ou généralistes.

E) Le nombre de SAVS est en augmentation

A la suite du mouvement de désinstitutionalisation, et du décret encadrant les SAVS et les SAMSAH, ces derniers se sont développés. Selon la CNSA²⁴, le nombre de places pour l'ensemble SAVS, SAMSAH et SSIAD, est passé de 16 610 en 2005 à 45 356 en 2011. Il est vrai que le coût de fonctionnement étant nettement plus bas dans ces services qu'en établissement, leur création en a été facilitée. Ainsi, dans sa planification 2008-2013 pour la création de places, la CNSA programmait un coût annuel à la place de 13 726 euros en moyenne pour les services, contre 39 051 euros en moyenne pour les établissements.²⁵ Quant aux SAVS, dans un appel à projet échu en août 2014, diffusé par le Conseil Général du Finistère²⁶, pour 40 places de SAVS destinées à des personnes handicapées vieillissantes, le coût annuel à la place plafond était de 8000 euros.

1.2 Le SAVS La Soleillade : un service au sein d'un établissement construit sur une logique de parcours

1.2.1 La logique de parcours mise en avant par l'ARS

« Positionner l'usager au cœur du système de santé », est un des trois défis que l'ARS Midi Pyrénées souhaite relever dans son Plan stratégique régional de santé 2012-2017 : « Cette question est cruciale, en particulier pour les patients au long cours, qu'ils soient atteints de maladies chroniques ou qu'il s'agisse de personnes âgées ou handicapées. L'ARS Midi-Pyrénées ambitionne de faciliter les parcours de ces usagers dans le système de santé, sans rupture de prise en charge, de la prévention aux soins, du suivi en médecine de ville, en établissement de santé, ou dans le cadre d'un accompagnement médico-social... La qualité de la prise en charge ne dépend pas seulement de la compétence technique des soignants. Elle repose aussi sur la capacité des différents intervenants à travailler ensemble. Il n'est plus acceptable qu'un patient subisse un

²³ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, www.legifrance.gouv.fr

²⁴ CNSA, 2012 - Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, p11

²⁵ CNSA, Décembre 2010, Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement du handicap tout au long de la vie, p17

²⁶ Conseil Général du Finistère, 2014, Appel à projet pour création de 40 places de SAVS, destinées aux personnes handicapées vieillissantes, p11

*cheminement chaotique entre des interlocuteurs multiples et mal coordonnés... Chaque rupture dans ce parcours, nuit à une prise en charge de qualité pour l'utilisateur. Nous devons donc garantir autour du patient la meilleure synergie entre les interlocuteurs successifs de son parcours de santé. Cette démarche de qualité passe par un décloisonnement entre acteurs, dans le cadre de parcours de santé, facilités et coordonnés ».*²⁷ L'ARS Midi Pyrénées s'engage à améliorer 8 parcours de santé prioritaires, dont celui des personnes atteintes de troubles mentaux.

1.2.2 L'ASEI positionne le projet de vie comme socle du parcours de la personne

A) L'ASEI est née en 1950, en créant une classe pour enfants invalides

L'ASEI (Association Agir, Soigner, Eduquer, Insérer) est une association à but non lucratif, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901²⁸. Elle a été créée en 1950 et a été reconnue comme un établissement d'utilité publique quelques années plus tard. Au sortir de la guerre, la poliomyélite avait atteint un nombre important d'enfants, incapables de mener une existence « normale ». Sur le plan scolaire, ces enfants faisaient l'objet d'une forte discrimination. Ainsi, quelques instituteurs publics, médecins, cadres de la Sécurité Sociale et responsables d'administrations, ont créé, à Ramonville Saint-Agne, en Haute Garonne, une première classe. Rapidement, d'autres classes, puis des établissements, prenant en charge des enfants atteints de handicaps sensoriels ainsi que de troubles du comportement, ont suivi. Par la suite, elle a élargi son intervention auprès des personnes handicapées adultes puis auprès des personnes âgées. Association militante, l'ASEI fonde son action sur des valeurs universelles :

- La laïcité et le respect mutuel;
- Le refus de toutes les discriminations ;
- Le respect de la personne et la solidarité;

B) En 2014, L'ASEI accueille 7000 personnes dans 88 établissements

Aujourd'hui, l'ASEI accompagne 7000 personnes, avec le concours de 3220 salariés. Rayonnant sur Midi-Pyrénées et le Languedoc-Roussillon, elle comprend 48 centres, regroupant 88 établissements et services médico-sociaux, sanitaires et sociaux, sur 184 sites d'exploitation. De l'enfant en bas âge, jusqu'à la personne âgée, quel que soit le type de handicap, l'ASEI offre des dispositifs d'accompagnement variés :

- Etablissements et services de soins pour enfants ;
- Etablissements et services médico-sociaux pour enfants ;
- Etablissements et services médico-sociaux pour adultes ;

²⁷ ARS, Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées 2012-2017, « Positionner l'utilisateur au cœur du système de santé », p9 & p17, www.ars.midipyrenees.sante.fr

²⁸ Loi du 1^{er} Juillet 1901, relative au contrat d'association, www.legifrance.gouv.fr

C) Le projet associatif 2014-2018 de l'ASEI met en avant le parcours de la personne

Dans son projet associatif 2014-2018, l'ASEI se fixe quatre grands défis :

- 1) Accompagner la personne et son entourage dans la construction et la réalisation de son projet de vie : Il ne s'agit pas de faire du projet de vie, une juxtaposition de différents parcours, mais bien de définir le projet de vie comme socle du parcours.
- 2) Etre toujours plus exigeant dans la qualité de ses accompagnements en formalisant ses savoir-faire et ses expertises, afin de les redéployer vers l'extérieur.
- 3) Organiser la continuité des parcours, en recherchant la complémentarité des acteurs, sur ses territoires d'intervention et au-delà : l'approche « parcours » et l'inclusion nécessitent une coopération des acteurs et une coordination des actions, par territoire.
- 4) Repenser la place de l'ASEI dans la société, son positionnement politique et ses partenariats, dans le champ de l'économie sociale et solidaire : dans le contexte économique actuel, il est nécessaire de repenser la manière de co-construire les politiques de santé, de proposer des innovations et de les financer, en favorisant l'hybridation des ressources et en nouant de judicieuses alliances, sans remettre en cause les valeurs associatives.

Ainsi dans le premier et le troisième défi, la logique de parcours est fortement affirmée. Et dès le premier défi, l'ASEI insiste sur le rôle fondamental du projet de vie de la personne, comme socle ou colonne vertébrale de son futur parcours.

1.2.3 La Soleillade : un établissement construit sur une logique de parcours

Au sein du Centre La Soleillade, j'assume deux fonctions : pour 33 % du temps, je suis directrice adjointe de cet établissement qui possède 5 agréments et pour 67 % du temps, je suis responsable du SAVS, au sein duquel j'assume le rôle de chef de service. Le Centre La Soleillade, situé à Blaye les Mines dans le Tarn, dépend de l'ASEI. Il accueille 185 personnes au total, qui se répartissent dans cinq services distincts et complémentaires :

- Le SAVS (100 places) ;
- Un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de 12 places, spécialisé « handicap » : une infirmière coordonne des aides-soignants qui assurent des soins de prévention, d'hygiène et de confort. Les soins infirmiers sont assurés par des infirmiers libéraux ayant signé une convention avec le SSIAD. Son rôle est de prévenir tout placement en institution et de diminuer la durée des séjours hospitaliers ;
- Un Foyer d'hébergement pour des travailleurs en ESAT (40 places) ;
- Un Foyer Occupationnel et Thérapeutique (FOT) internat (23 places) ;
- Un Foyer Occupationnel et Thérapeutique (FOT) externat : accueil de jour (10 places) ;

Le Centre La Soleillade constitue donc une véritable plateforme d'accompagnement, proposant une pluralité de réponses, adaptables en fonction de l'évolution des besoins de la personne. Ces réponses vont de l'hébergement (Foyer occupationnel thérapeutique ou Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés) jusqu'à l'accompagnement à la vie sociale en milieu ordinaire (SAVS), en passant par l'accompagnement en journée pour les non travailleurs (FOT externat) et une réponse aux problématiques de santé (SSIAD). L'objectif de cette organisation est que le parcours de la personne ne soit pas figé. J'ai schématisé en annexe cette plateforme²⁹ et l'organigramme³⁰ du Centre La Soleillade.

L'ASEI possède des établissements complémentaires sur le Carmausin

Au nord du Tarn, l'ASEI gère un dispositif très complet, organisé autour de 3 pôles :

- Le pôle Hébergement et accompagnement social et médico-social, comprenant le Centre La Soleillade (185 places, à Blaye les Mines, à 5 km de Carmaux) et le FAS André Billoux (67 places, à Sérénac, à 23 km de Carmaux) ;
- Le pôle insertion professionnelle, comprenant l'ESAT Caramantis (225 travailleurs à Blaye les Mines), l'entreprise adaptée « Les Ateliers du Carmausin » (60 travailleurs, à Blaye les Mines) et la SACAT (16 places, à Sérénac) ;
- Le pôle enfance, qui comprend : le CMPP Le GO (file active de 590 personnes, à Albi, à 19 km de Carmaux) ; l'ITEP et le SESSAD « Le Chemin » (91 places, à Albi) ; le Centre Médico Professionnel « Bellevue » (50 places, à Blaye les Mines) ;

1.2.4 Le SAVS La Soleillade accompagne 100 adultes et 34 de leurs enfants

Voici ci-après les principales caractéristiques du projet de service du SAVS La Soleillade, à l'exception de sa mission, que j'ai déjà présentée dans le 1.1.3.

A) L'histoire du Centre La Soleillade et de son SAVS

Le SAVS La Soleillade a obtenu son premier agrément en 1991, pour 12 places, devenant ainsi le 4^{ème} service du Centre La Soleillade :

- Accord préfectoral du 28 Septembre 1981 : le foyer annexé au CAT ARY France, devient un établissement autonome, sous le nom du « Centre la Soleillade », pour une capacité de 63 lits : il s'agit d'un Foyer d'hébergement pour travailleurs ;
- Arrêté du 30 Juillet 1987 : création d'une section polyvalente d'accueil de jour, permettant d'accueillir des non travailleurs et portant la capacité de l'établissement à 69 lits : ainsi naissait le FOT externat et le FOT internat ;
- Arrêté du 5 février 1991 : création du SAVS pour 12 places. Il accueillait essentiellement des travailleurs du CAT ARY France ;

²⁹ Annexe 2 : Etablissement La Soleillade : 5 agréments au service du parcours de la personne handicapée

³⁰ Annexe 3 : Etablissement La Soleillade : Organigramme fonctionnel

- Arrêté du 19 Mars 2008 : création d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), pour personnes handicapées, de 12 places ;

La capacité du SAVS a ensuite été portée, par de nouveaux arrêtés, à 60 en 1998, puis à 70 en 2000, puis à 85 places en 2003, pour atteindre 100 places en 2010. Peu à peu, le public s'est diversifié, si bien qu'en 2014, sur les 100 personnes accueillies en moyenne, seulement 40 travaillent en ESAT.

B) Le public du SAVS et son entourage :

Pour bénéficier d'une prise en charge par le SAVS, les personnes doivent être reconnues handicapées et bénéficier d'une orientation spécifique par la MDPH :

- Elles peuvent être travailleurs (milieu protégé ou non), non travailleurs, ou à la retraite ;
- Elles ne doivent pas être prises en charge par des établissements spécialisés, bien que rencontrant des difficultés d'insertion sociale ou professionnelle ;

L'orientation SAVS est en général donnée pour une période de 2 ans, mais pour certaines personnes, elle est tantôt donnée pour un an, tantôt pour trois ans.

Depuis quelques années, les difficultés rencontrées par les personnes orientées vers le SAVS, évoluent : handicap psychique, handicap et difficultés relationnelles, addiction, difficultés d'insertion sociale, personnes ayant vécu chez les parents et ne connaissant pas le secteur médico-social, couple ou personne seule avec enfant, ... Pour les personnes vivant en situation conjugale ou familiale, l'équipe SAVS pourra envisager une action éducative plus globale, à la demande ou avec l'accord de la personne suivie. Une partie de l'équipe du SAVS s'est ainsi spécialisée dans le soutien à la parentalité.

Capacité d'accueil

La capacité actuelle est de 100 places. Une place signifiant un adulte suivi dans son environnement, son entourage direct est pris en compte. Ainsi, en 2013, le SAVS est intervenu auprès de 167 personnes. Parmi les 67 qui font partie de l'entourage de la personne accompagnée, nous identifions :

- 48 enfants : 34 bénéficient du soutien à la parentalité, à la demande de leurs parents (contractualisé dans le projet personnalisé), 14 sont concernés par l'accompagnement global mis en place avec le référent des parents ou du parent ;
- 19 adultes vivant dans le même foyer que les personnes suivies (conjoint, parents) ;

C) La nature de l'offre de service et son organisation

Le référent soutient les demandes de la personne et l'aide à les mettre en œuvre. Par ailleurs, il peut être amené à faire des propositions ou à impulser des envies, pour améliorer son bien-être ou son confort de vie. Les différents accompagnements s'exercent avec la personne. En aucun cas le référent ne se substitue à elle.

a) Les différents types d'accompagnement de la personne

Les différents domaines d'intervention que nous proposons sont autant de supports pour évaluer les compétences, l'évolution et les capacités d'adaptation des personnes. Ainsi, tout en les accompagnant au quotidien, nous pouvons envisager, dans certaines situations, la fin de notre action.

L'espace de parole

Le travail d'écoute et d'échange est le point de départ de l'accompagnement. Il permet d'établir une relation de confiance et de cerner la problématique de la personne, de connaître son environnement. Il est important de l'aider à se positionner, afin qu'elle parvienne à exprimer ses attentes. Ce domaine prend une place prépondérante avec les nouveaux entrants, avec qui la relation de confiance est difficile à tisser.

Le soutien administratif

Le soutien administratif est proposé selon les besoins et les capacités de chacun. L'accompagnateur aide la personne à : comprendre les courriers ; rédiger des réponses ; remplir des dossiers (impôts, CAF, aide sociale ...) ; contacter différents organismes ; classer les documents ; gérer des litiges ...

Le conseil éducatif et budgétaire

Les personnes accompagnées restent libres et responsables de leurs choix. Le référent ne fournit donc qu'un conseil éducatif budgétaire. Si toutefois le non-respect des conseils éducatifs budgétaires amène la personne à une situation de mise en danger dans la gestion de son budget, le service peut être amené à saisir le juge des tutelles.

La vie quotidienne

Concernant le quotidien, nous intervenons dans 4 grands domaines :

- Le logement : recherche d'un logement adapté ; orientation vers les organismes (dossiers HLM, ASSOCIL, FSL, CAF...); accession éventuelle à la propriété ; aménagement (ergonomie dans le logement, achat de meubles adaptés ...) ; travaux, devis, contacts avec les entreprises, choix des matériaux, entretien ...
- L'alimentation : accompagnement pour les courses (choix, équilibre alimentaire, prix, date limite de consommation ...) ; apprentissage de plats simples (varier les menus, hygiène, conservation, rangement dans le réfrigérateur ...) ;
- La prévention des accidents domestiques ;
- Les relations de voisinage ;

La mobilité

Apprentissage à l'utilisation des différents moyens de transport ; Repérage sur les dépliants d'horaires, repérage dans la cité.

Le travail et la formation professionnelle

Trois grandes étapes sont à considérer pour aider la personne à s'insérer professionnellement :

- La détermination d'une orientation professionnelle : travail protégé ou non, intérim... ;
- L'accompagnement dans les démarches de recherche d'emploi ;
- L'accompagnement dans les recherches de formation ;

La santé

Concernant la santé, le référent accompagne vers l'accès aux soins (ouverture des droits), puis incite la personne à mettre en œuvre et à suivre les prises en charge médicales adaptées à ses pathologies. Lors de certaines visites médicales, celle-ci peut demander au référent d'être présent lors du diagnostic médical. Ceci permet de lui réexpliquer ce qu'a dit le médecin, de reformuler, de le rassurer et lorsque cela est nécessaire, de l'accompagner vers la prise en charge médicale la plus adaptée.

Les activités culturelles, le sport et les loisirs

Nous proposons deux types de soutien en matière de sport et de loisirs :

- Un accompagnement vers les activités sportives, culturelles et de loisirs dans le milieu ordinaire local : clubs, associations ;
- Une proposition d'inscription à des activités ou des sorties mises en place par l'équipe socio-éducative du Centre « La Soleillade » ;

Pour certaines personnes qui ne travaillent pas ou qui sont isolées, ces activités leur permettent de s'ouvrir sur l'extérieur et de développer leurs compétences relationnelles. Elles développent un lien social riche, qui contribue parfois, à redonner du sens à leur vie quotidienne.

L'image de soi

Une fois que la relation de confiance a pu être établie, nous pouvons proposer un accompagnement sur : l'estime de soi et l'image de soi ; l'hygiène corporelle ; les tenues vestimentaires (conseils, accompagnement dans les magasins ...). Ces éléments sont en lien direct avec la manière de se présenter et impactent donc la vie sociale des personnes. Cette prise de conscience est importante et mérite de l'attention.

b) Les actions centrées sur l'environnement des personnes accompagnées

La famille et les proches

Le service se doit de prendre en compte l'existence de l'environnement familial. Toutefois, le lien à la famille peut varier selon l'implication de ces dernières et surtout la volonté de la personne de maintenir ce lien ou non. Nous devons tenir compte de la volonté de chacun. De plus, pour des adultes en situation de vie de couple ou de parent, la notion de famille vise également le conjoint et les enfants.

Le soutien à la parentalité

Une équipe d'accompagnement à la parentalité est en place depuis 2003 sur le SAVS. L'accompagnement à la parentalité vise à permettre aux parents de découvrir, d'acquérir et de s'approprier les gestes fondamentaux pour l'éducation et les soins à apporter à leurs enfants. Investis et ainsi valorisés, les parents sont rassurés dans leur rôle et peuvent, le plus souvent, s'approprier les gestes, les postures et le vocabulaire adaptés. Ces interventions font également l'objet d'une contractualisation dans le projet personnalisé du parent accompagné, en lien avec le travail global engagé par le référent. Les enfants grandissant, de nouveaux accompagnements sont indispensables : orthophoniste, kinésithérapeute, psychologue, psychomotricien, orthodontie...

Les mandataires de justice

Pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique, le mandataire devient un partenaire essentiel dans la mesure où il est décideur d'éléments de la vie quotidienne. Il importe donc de travailler en complémentarité avec lui, en accompagnant les personnes suivies dans le sens des décisions prises par leur mandataire.

c) Des outils complémentaires à l'accompagnement

L'accueil d'urgence

Grâce à la logistique des structures d'internat du Centre « La Soleillade », un accueil d'urgence est possible en cas de nécessité absolue et dans la limite des places disponibles. Cet accueil concerne les personnes suivies, mais aussi éventuellement leur famille. La notion d'urgence limite ce temps d'accueil à 3 jours. Au-delà, des solutions à plus long terme sont recherchées. Si les possibilités d'hébergement d'urgence dans les structures du Centre la Soleillade ne paraissent pas adaptées, il est possible de se mettre en lien avec d'autres structures (Maison d'accueil des femmes en difficulté, CHRS,..).

L'accueil sur le FOT externat

Si nécessaire, les personnes accompagnées par le SAVS peuvent bénéficier d'un accueil temporaire sur le FOT externat du Centre La Soleillade. Cet accueil peut apporter une réponse à des situations diverses :

- Arrêt de travail de longue durée et difficulté pour la personne de rester isolée à son domicile sans que sa journée soit rythmée par le travail ;
- Décompensation et nécessité d'un cadre contenant afin d'éviter une hospitalisation ...

D) **Les modalités d'intervention**

a) **Les modalités d'intervention auprès des personnes adultes**

Les interventions à domicile

Elles concernent le bénéficiaire de l'accompagnement mais aussi indirectement, les personnes vivant avec lui (conjoint, enfants, famille...). Ces interventions permettent un accompagnement autour de points déjà élaborés dans le projet personnalisé, mais aussi une aide face à des situations imprévues du quotidien, mettant en difficulté la personne.

Les rencontres dans les bureaux du SAVS

Elles permettent de répondre à des demandes urgentes, de poser un cadre plus officiel à certaines interventions, lorsque cela est nécessaire, mais aussi d'offrir pour les personnes en couple, un espace de parole privilégié, seul à seul avec leur référent. Les bureaux du service sont ouverts du lundi au vendredi, de 9h à 18h et les interventions sont programmées de 9h à 20h. L'équipe éducative assure une permanence téléphonique 24h sur 24, 365 jours par an. Le référent de permanence du SAVS répond aux personnes et si besoin, il doit pouvoir se rendre auprès d'eux, dans un délai maximum d'une demi-heure.

Les démarches avec la personne

Elles comprennent tous les accompagnements : médicaux, courses alimentaires, achats divers, démarches administratives, ...

Les rencontres avec les partenaires

Ce sont des temps indispensables d'échange permettant de déterminer les champs d'intervention de chacun, en mettant la personne au centre du dispositif. Nous l'aidons à s'exprimer lors des rencontres avec ses interlocuteurs (MCG, bailleurs sociaux, aide à domicile, mandataire de justice, établissement spécialisé, plateforme éducative, réunion scolaire, etc...). Dans certaines situations, à sa demande et en son absence, nous pouvons être son « porte-parole ».

b) **Les modalités d'intervention du service parentalité**

Les accompagnements de parents et d'enfants s'effectuent soit à domicile, soit en soutenant certaines démarches (accompagnements de démarches médicales, scolaires, etc..), soit dans le lieu d'accueil spécifique parents / enfants, baptisé « Mosaïque ».

Le lieu d'accueil parents / enfants « Mosaïque » :

En semaine, ce lieu offre un accueil aux parents handicapés, accompagnés de leur(s) enfant(s), où vont se travailler, d'une part les liens parents/enfants, d'autre part la capacité de chaque personne à assumer sa fonction parentale. Ces apprentissages sont ensuite réinvestis et renforcés, chez chaque parent lors des interventions à domicile. Lorsque l'enfant grandit, ce lieu d'accueil devient un endroit où il peut évoquer sa situation

spécifique d'enfant de parents présentant certaines carences, problématique très présente au sein du SAVS.

E) Le financeur

Le SAVS est agréé par le Conseil Général du Tarn et financé uniquement par ce dernier, puisqu'il s'agit d'un accompagnement exclusivement social. Le prix de journée au SAVS La Soleillade est le plus bas du département (20,23 € en 2014) : il correspond à un budget annuel à la place de 7 383 €. Précisons qu'en 2013, cette structure a présenté un compte de résultat à l'équilibre (excédent de 1733 euros).

F) L'équipe de professionnels

Avec un agrément de 100 places, le SAVS a accompagné en 2013 une file active de 113 adultes handicapés et son service parentalité a suivi 34 enfants. L'équipe éducative est stable et une des salariés est présente depuis la création du SAVS, en 1991.

Professionnels	SAVS Adultes 100 adultes		SAVS Parentalité 34 enfants		TOTAL SAVS 100 adultes & 34 enfants	
	Effectif	ETP	Effectif	ETP	Effectif	ETP
Fonctions						
Personnel administratif et logistique						
Personnel de direction (quote part du dispositif Soleillade)	2	0,58	2	0,20	2	0,78
Personnel administratif et logistique (quote part du dispositif Soleillade)	7	0,77	7	0,26	7	1,03
TOTAL du personnel administratif & logistique	9	1,35	9	0,46	9	1,81
Personnel éducatif						
Educateurs spécialisés	2	2	1	1	3	3
CESF	6	5	1	0,5	7	5,5
Educatrice de jeunes enfants			1	1	1	1
Moniteur éducateur chargé de l'animation	1	0,1			1	0,1
Enseignant APS chargé de l'animation	1	0,05			1	0,05
TOTAL du personnel éducatif	10	7,15	3	2,5	13	9,65
<i>Ratio d'encadrement personnel éducatif</i>		<i>0,07</i>		<i>0,07</i>		<i>0,07</i>
Personnel médical						
Psychiatre	1	0,07	1	0,02	1	0,09
TOTAL GENERAL	20	8,57	13	2,98	23	11,55
Ratio global d'encadrement		0,085		0,087		0,086

Le ratio global d'encadrement pour l'accompagnement des adultes (0,085) est inférieur de 23 % au ratio moyen (0,11), relevé par la DREES dans son enquête ES 2006³¹ et de 26 % au ratio moyen (0,115) relevé par le MAIS³² en 2010.

³¹ ANAP, Juillet 2013, « Le secteur médico-social, comprendre pour mieux agir », p79, www.anap.fr

³² Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale (MAIS), 2010, Enquête sur les services d'accompagnement social, p23

Du fait de ce faible ratio d'encadrement, l'équipe travaille en flux tendu, si bien que lorsque des évènements déstabilisants subviennent, notamment dus à la progression du handicap psychique, l'équipe peut se trouver en difficulté.

1.2.5 Sur le territoire d'Albi, La Soleillade a construit des partenariats

Les logiques de parcours et d'inclusion, promues par l'ARS et reprises dans le projet associatif de l'ASEI, nécessitent une coopération des acteurs et une coordination de leurs actions, par territoire. Ces nouvelles logiques incitent à développer les partenariats avec d'autres structures, internes et externes à l'ASEI.

A) Les partenariats dans le champ médico-social

La majorité des partenariats s'est établie avec le dispositif médico-social très complet de l'ASEI, mais quelques-uns s'ouvrent à d'autres dispositifs :

- avec l'ESAT Caramantis et la SACAT de Sérénac : l'objectif du partenariat est la recherche d'une harmonie entre vie professionnelle et vie sociale, d'où la mise en place d'un groupe de travail entre ces 2 structures, en 2012. La SACAT joue un rôle de sas, ou de tremplin, entre la vie en foyer et l'ESAT : c'est un outil supplémentaire de coordination des parcours de vie. Elle permet notamment une orientation vers un ESAT, autre que celui de l'ASEI ;
- avec le CMPP Le GO : il est fréquent que des enfants de personnes suivies en SAVS, bénéficient de soutien sur le CMPP : orthophonie, psychomotricité, etc
- avec Le CMPRO (Centre Médico-Professionnel) « Bellevue », qui prépare une majorité de sa population à l'entrée dans un établissement de travail protégé, avec en parallèle, un suivi par le SAVS ;
- Partenariat avec le secteur « personnes âgées » : un partenariat effectif, bien que non formalisé, existe avec le dispositif Carmausin des PUV (Petites Unités de Vie) de l'APAJH et avec la Maison de l'amitié sur Albi. Une convention a été signée avec l'établissement de Salvagnac (81), qui dispose d'une unité pour PHV (Personnes handicapées vieillissantes) ;

B) Les partenariats dans le champ sanitaire

Le partenariat le plus remarquable est celui engagé depuis 20 ans, avec les services de psychiatrie du nord du Tarn, regroupés au sein de La Fondation du Bon Sauveur d'Albi. Mais d'autres collaborations existent, avec les acteurs du soin somatique.

a) Le partenariat avec la Fondation du Bon Sauveur d'Albi

C'est en Mai 1994, qu'est née la première convention de mise à disposition (psychiatres et infirmiers), entre cette Fondation et l'ASEI, pour le compte du Centre La Soleillade. Elle a plutôt bien fonctionné jusqu'en Janvier 2011, où une nouvelle étape a été franchie : la signature d'une Convention Cadre entre ces deux institutions, pour favoriser la

complémentarité des accompagnements et garantir la continuité des prises en charge.³³ C'est elle qui est en vigueur en 2014. Au sein de La Fondation du Bon Sauveur, les services avec lesquels nous coopérons sont présentés en annexe³⁴. Ils concernent :

- Le pôle extrahospitalier et notamment les Centres Médico Psychologiques (CMP) et hôpitaux de jour de Carmaux, d'Albi et de Valence d'Albigeois, mais également le Bar Thérapeutique « Le Bon Soir », à Albi ;
- Le S.A.U.S. (Service d'Accueil des Urgences Spécialisées) ;
- Le pôle intra-hospitalier :
 - > Les 3 unités de la filière d'admission ouverte : Unité Charles Brault / Unité séquentielle Benjamin Pailhas / Unité Jean Ducoudray ;
 - > La filière d'admission fermée et notamment l'Unité Saint-Bernard ;
 - > La filière de réhabilitation dont le médecin référent est également le médecin psychiatre du SAVS et notamment l'Unité Sainte-Claire ;
 - > L'appartement thérapeutique du Lude ;
- Les services de lutte contre les addictions : L'Espace d'Accueil et d'Information sur les Dépendances (EAID) et la clinique d'alcoologie Saint-Salvadou ;

b) Les partenariats avec les acteurs du soin somatique

Des conventions ont été signées par l'ASEI, avec :

- Le centre hospitalier général d'Albi ;
- Les cabinets d'infirmiers libéraux de Carmaux, d'Albi et de leurs agglomérations ;

Par ailleurs, des coopérations régulières s'opèrent avec :

- La polyclinique Sainte-Barbe à Carmaux ;
- La clinique Claude Bernard à Albi ;
- La clinique Toulouse Lautrec à Albi ;
- Les centres de rééducation et de convalescence d'Albi ;
- Les médecins généralistes et spécialistes de Carmaux, Albi et leurs agglomérations ;
- Les cabinets de kinésithérapie de Carmaux et son agglomération ;

C) Les partenariats dans le champ social

Les services sociaux sont incontournables pour les personnes accompagnées par un SAVS. Les aider à consulter ces services de droit commun, c'est reconnaître leur citoyenneté. C'est pourquoi :

- Une convention a été signée avec le Conseil Général du Tarn pour la Maison du Conseil Général de Carmaux, afin de coordonner l'accompagnement des personnes en situation parentale : liens étroits avec les services de protection de l'enfance ;

³³ Annexe 4 : Convention de partenariat entre L'ASEI et la Fondation du Bon Sauveur et ses 5 fiches actions

³⁴ Annexe 5 : Organigramme de la Fondation du Bon Sauveur

- Partenariat avec les différentes associations tutélaires et différents tuteurs privés ;
- Partenariat avec différentes associations de sports et de loisirs spécialisées (sport adapté, organismes de vacances spécialisés) et ordinaires (gym volontaire, chorale, associations culturelles diverses). Une convention a été signée avec l'association « Arabesque » qui propose des sorties culturelles ;

1.3 La souffrance psychique des personnes accompagnées par le SAVS, pose la question du soin

1.3.1 70 % de la file active du SAVS présente une pathologie psychiatrique

Les 113 personnes accompagnées par le SAVS en 2013, présentaient toutes une déficience intellectuelle légère ou moyenne. Parmi elles, 79 souffrent de troubles psychiques associés (soit 70 % de l'effectif total). Ces troubles ne sont pas les seuls responsables des incapacités relevées par la MDPH et donc de la reconnaissance « personne handicapée ». Toutefois, pour 15 d'entre elles (13 %), ces troubles sont particulièrement sévères et constituent la première cause du handicap.

En plus de la déficience intellectuelle et pour certaines, de troubles psychiatriques, une trentaine d'entre elles, souffre de pathologies diverses : troubles endocriniens, cancers, diabète, troubles neurologiques et troubles musculo squelettiques. Ces personnes nécessitent de la part des travailleurs sociaux du SAVS, des accompagnements médicaux réguliers et une coordination des soins. Ceux-ci sont particulièrement chronophages et se réalisent au détriment de la mission principale du SAVS. Enfin, cinq personnes présentaient un handicap associé de type sensoriel (auditif) et deux, un handicap associé de type moteur.

Les pathologies psychiatriques

Au sein du SAVS, seules 34 personnes (30%) n'avaient pas de diagnostic psychiatrique. Les 79 autres (70 %) présentent une pathologie psychiatrique caractérisée et leur profil est comparable à celui des patients soignés dans le bassin de l'hôpital psychiatrique. Parmi elles, en 2013, seules 37 ont bénéficié d'un suivi en ambulatoire sur un service de l'hôpital du Bon Sauveur (4 bénéficiaient de deux prises en charge) :

- 32 suivies en Centre Médico-Psychologique (CMP) ;
- 4 suivies en Hôpital de jour (HJ) ;
- 4 suivies par la clinique d'alcoologie Saint Salvadou ;
- 1 suivie en EAID (Espace Accueil Information Dépendances) ;

En effet, comme nous le verrons ultérieurement, les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont souvent dans le déni de la maladie. Elles évitent de se faire soigner.

Détail des pathologies psychiatriques des personnes accueillies par le SAVS	
Pathologie psychiatrique	Effectif
F1 : Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	13
F2 : Schizophrénie et troubles schizothymiques	9
F3 : Troubles de l'humeur (affectifs)	7
F4 : Troubles névrotiques	22 (dont 6 syndromes psycho traumatiques)
F6 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	10
F8 : Troubles du développement psychologique (trouble envahissant du développement)	3
Diagnostic psychiatrique présent mais dossier hôpital archivé	15
TOTAL	79

1.3.2 Le soin doit être intégré au projet de vie et les professionnels doivent être formés

A) La personne handicapée psychique doit bénéficier de soins au long cours

« Ces patients ne sont jamais vraiment stabilisés, ce qui implique une poursuite de l'accompagnement et de soins au long cours, dans une dimension prothétique, dont l'intensité peut certes varier, mais sans interruption réelle... Pour ma part, je suis convaincu de la nécessité d'une prise en charge globale, véritablement médico-sociale et sanitaire à la fois. La difficulté actuelle la plus aigüe tient probablement à la raréfaction des psychiatres dans le champ médico-social. Peut-être aussi à la place très secondaire donnée à la psychopathologie, dans la formation des acteurs médico-sociaux. »³⁵

« 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 la vie et risquent de compromettre l'efficacité de toute autre forme de soutien ou d'accompagnement à la vie quotidienne, sociale ou professionnelle . »³⁶

³⁵ GABBAI Philippe, Neuropsychiatre, Juillet-Octobre 2012, « Problématiques comportementales et psychopathologies, dans les établissements sociaux et médico-sociaux », Cahiers de l'Actif N° 434/437, p23 & 24

³⁶ CEDIAS-CREAH I de France, Décembre 2011, « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? » Synthèse et recommandations, p32

B) Les équipes doivent comprendre les fonctionnements mentaux spécifiques de ces populations

« Ces troubles psychopathologiques perturbent énormément les équipes médico-sociales traditionnellement engagées dans des démarches d'acquisition, de conquête d'autonomie, d'intégration sociale, selon des projets maintenant individualisés. On constate alors que cette orientation traditionnelle se heurte à des obstacles multiples : opposition, régression, violence, passivité, hostilité, revendication, etc ... L'appel au respect des règles, des contrats, s'avère sans effet. Les positions d'autorité sont bafouées ; les équipes, fortement malmenées, sont confrontées à des sentiments d'impuissance, d'incapacité, qui peuvent générer des contre attitudes «rejetantes » : « Il n'est pas pour nous »... Au fond, où se situe le problème ? Il est dans le peu de connaissances des particularités des fonctionnements mentaux de ces « nouveaux patients », sommés de s'aligner sur le fonctionnement normalement névrotique de tout un chacun. Sans un arrière-plan de connaissances psychopathologiques, il est impossible de saisir le sens et la fonction des symptômes présentés. »³⁷

1.3.3 L'équipe du SAVS est en difficulté, face à la force de la souffrance psychique

Au quotidien, au sein du SAVS, l'accompagnement de ce public conduit à deux constats :

- Ces personnes ont des manifestations de plus en plus visibles de souffrance psychique : angoisses massives ; risque suicidaire (SMS en pleine nuit « je suis trop mal, je vais me supprimer») ; comportements violents ; états délirants ; conduites addictives. Cette souffrance s'inscrit sur fond de carences affectives, de ruptures, de violences, ayant agi dès l'enfance, comme des traumatismes ;
- Les professionnels se sentent en difficulté, voire démunis face à l'acuité de cette souffrance psychique, si bien que la relation d'aide est perturbée, voire empêchée.

1.3.4 Les besoins en soins des personnes handicapées psychiques du SAVS sont insuffisamment couverts

Face à cette souffrance psychique, nous faisons le constat que cette population nécessite d'avoir plus facilement recours à des soins pour stabiliser les symptômes et pour atténuer cette souffrance. Aussi, j'ai réuni les travailleurs sociaux et le psychiatre qui intervient en appui des équipes, sur deux demi-journées, afin de faire le tour des besoins en soins qui sont insuffisamment couverts. Ils concernent 5 grands thèmes :

³⁷ GABBAI Philippe, Neuropsychiatre, Juillet-Octobre 2012, « Problématiques comportementales et psychopathologies, dans les établissements sociaux et médico-sociaux », Cahiers de l'Actif N° 434/437, p9 et 10

A) L'absence de soins pour une partie des personnes

Une des difficultés de l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiatriques vient de ce que souvent, elles sont dans le déni de la maladie. Aussi, il est très difficile de les faire entrer dans une démarche de soins. Par ailleurs, lorsque qu'après une période de crise, les accompagnateurs ou l'entourage ont convaincu la personne de la nécessité de consulter, il arrive que le délai d'attente soit tel, que lorsque la date du rendez-vous arrive, les symptômes étant passés, la personne oublie ou refuse de se présenter au rendez-vous.

B) La nécessité de consulter rapidement, lors d'une montée d'angoisse, pour les personnes ayant accepté de se faire soigner

Pour les personnes ayant admis leur pathologie et accepté l'entrée dans une démarche de soins, il est difficile d'obtenir rapidement un rendez-vous avec leur psychiatre. Pourtant, l'intervention dès les premiers signes de décompensation permet d'éviter ou de réduire les hospitalisations. Toutefois, l'accès au service d'urgence (le SAUS) reste possible. Mais une situation de crise n'est pas forcément synonyme de situation d'urgence. Or le SAUS n'a pour vocation de prendre en charge que les personnes relevant d'une urgence. Si ce n'est pas le cas, le SAUS recevra tout de même la personne, mais lui conseillera de consulter un psychiatre et dès lors, les délais peuvent être longs, du fait de la pénurie de professionnels. C'est d'ailleurs pourquoi, parfois, certains usagers en souffrance viennent directement interpeller le psychiatre qui intervient auprès du SAVS, en appui des équipes. Il serait alors très utile que la personne en souffrance puisse rapidement se confier à un médecin, ou au minimum à un infirmier.

C) La non observance du traitement

Le fait que souvent, ces personnes n'ont qu'une conscience partielle de leur pathologie, ou bien qu'elles sont dans le déni de la maladie, les amène à une prise inadaptée de leur traitement : tantôt une surconsommation, tantôt une rupture du traitement.

D) La plupart des personnes négligent les soins somatiques

Une autre difficulté vient de ce que la plupart de ces personnes négligent aussi les soins somatiques. Ceci est d'autant plus pénalisant que malheureusement, certaines d'entre elles souffrent également d'autres pathologies : diabète, troubles de la thyroïde, cancers, maladies cardio-vasculaires, troubles digestifs, lombalgies, ...

E) Les personnes concernées méconnaissent leur pathologie

Il est fréquent de constater que les personnes atteintes de maladie mentale méconnaissent les signes et les complications de leur pathologie, ce qui ne les aide pas à identifier les symptômes, ni à entrer dans une démarche de soins.

1.3.5 Les besoins exprimés par l'équipe du SAVS pour accompagner cette population

Pour juguler le sentiment d'impuissance des professionnels et pour préserver la relation d'aide envers les personnes, j'ai organisé deux autres demi-journées de réunion avec l'équipe et le médecin psychiatre, afin de décrire dans le détail, les situations dans lesquelles les travailleurs sociaux se sentent en difficulté. Pour eux aussi, 5 catégories de besoins se dégagent :

A) La méconnaissance de ces pathologies

Le personnel éducatif méconnaît ces pathologies, en particulier les Conseillères en Economie Sociale et Familiale (CESF), qui ne sont pas du tout formées sur ce sujet, à la différence des éducateurs spécialisés.

B) Le besoin d'éclairages cliniques quant à la conduite à tenir

L'attente la plus importante des professionnels est celle concernant l'éclairage clinique par un spécialiste, quant à la conduite à tenir. L'intervention d'un psychiatre de l'hôpital du Bon Sauveur, à raison de 3 h par semaine a permis de gros progrès, mais ce temps d'intervention est insuffisant, rapporté aux 79 usagers présentant de telles pathologies.

C) Le besoin d'une meilleure circulation de l'information, entre l'hôpital et le SAVS

Même si les échanges ont progressé entre les professionnels du SAVS et ceux de la Fondation du Bon Sauveur, il arrive parfois qu'une personne en crise soit hospitalisée au pôle intra-hospitalier du Bon Sauveur, sans que le personnel du SAVS n'en soit averti. Pourtant, une bonne circulation de l'information faciliterait la prise en charge de la personne à son arrivée à l'hôpital, ainsi que son retour au sein du SAVS. Concernant ce dernier, il doit en effet être préparé en concertation, pour éviter les déconvenues, car les modes d'accompagnement sont sensiblement différents : alors qu'à l'hôpital la personne est totalement prise en charge (repas, ménage, encadrement permanent), pour pouvoir réintégrer son domicile, elle devra avoir recouvré un minimum d'autonomie.

D) Le manque de temps d'échange avec les CMP, et les hôpitaux de jour

Au-delà des hospitalisations de longue durée, qui demeurent exceptionnelles, les usagers du SAVS sont plus enclins à solliciter les services de proximité, extrahospitaliers : les CMP et hôpitaux de jour de Carmaux et d'Albi. L'équipe éducative du SAVS devrait donc échanger régulièrement avec ces derniers. Ce qui n'est pas possible, dans la mesure où nous les rencontrons qu'une fois par an.

E) L'absence d'une personne habilitée à consulter les informations médicales

Un problème se pose lors des rencontres que nous avons avec les équipes de l'hôpital du Bon Sauveur : elle concerne le secret médical. Ainsi, un médecin n'a le droit de

communiquer des informations relatives à la pathologie d'une personne, qu'à un autre professionnel de santé, à condition que le patient ne s'y soit pas opposé ³⁸. Mais à l'exception du psychiatre qui intervient seulement 3h par semaine, le SAVS n'emploie pas de professionnel de santé. Dès lors, les échanges avec les équipes de l'hôpital s'en trouvent limités.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Le SAVS La Soleillade, créé en 1991, a désormais une bonne expérience de l'accompagnement social des personnes handicapées psychiques. En proposant une alternative à l'hébergement, ce service s'inscrit parfaitement dans la logique du *mainstreaming* (courant principal) et répond aux prérogatives de la loi du 11 Février 2005³⁹. Par ailleurs, l'établissement La Soleillade, dont il dépend, a été construit sur une logique de parcours. Il répond ainsi aux préconisations de l'ARS, qui dans la suite logique des politiques d'inclusion, promeut la notion de parcours en « positionnant l'utilisateur au cœur du système de santé ». Enfin, dans son nouveau projet associatif, l'ASEI a souligné sa volonté de définir le projet de vie, comme socle du parcours de la personne.

En 2013, au sein du SAVS La Soleillade, 70 % des personnes accompagnées, présentent des troubles psychiatriques. Celles-ci manifestent régulièrement des signes de souffrance psychique qui déstabilisent les équipes, car elles méconnaissent ces pathologies et leurs symptômes. Ce double constat traduit d'une part des besoins en soins insuffisamment couverts et d'autre part, une évolution nécessaire de l'accompagnement social.

Pourtant, depuis déjà 20 ans, l'ASEI a conventionné avec l'hôpital psychiatrique du Bon Sauveur. Il s'agit alors de comprendre pourquoi cette coopération ne suffit pas à couvrir les besoins en soins de ces personnes. C'est ce que je vais approfondir dans la 2ème partie de ce mémoire, en m'intéressant le plus possible à leur trajectoire. Pour cela, j'ai choisi de prendre comme fil conducteur leur projet de vie, dont la mise en œuvre constitue la mission du SAVS et de voir comment il s'articule avec leur projet de soins, lequel est piloté par la Fondation du Bon Sauveur.

³⁸ Code de la Santé Publique, Article L1110-4

³⁹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, www.legifrance.gouv.fr

2 INTEGRER LE SOIN AU PROJET DE VIE, MALGRE LE CLOISONNEMENT ENTRE SECTEUR SOCIAL ET SANITAIRE

2.1 Pour les personnes handicapées psychiques, projet de vie et projet de soins, doivent être concomitants et coordonnés

2.1.1 Le projet de vie et le projet de soins sont mis en œuvre par deux secteurs distincts

Le projet de vie de la personne concerne toutes les facettes de sa vie. Il est donc très large et englobe entre autres, sa santé et les soins dont il bénéficie. C'est pourquoi, normalement, le projet de soins n'est qu'une composante de son projet de vie. Ces deux projets ne sont donc pas distincts. Toutefois, pour une personne handicapée psychique accompagnée par le SAVS La Soleillade, c'est ce service social qui l'aidera à mettre en œuvre son projet de vie. Rappelons que les SAVS « *ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées...* ». Alors que son projet de soins, sera proposé par du personnel soignant de la Fondation du Bon Sauveur et donc par le secteur sanitaire.

Ainsi, ces deux éléments, qui en théorie s'enchevêtrent, donnent lieu dans les faits, à une mise en œuvre distincte. Nous le verrons, cette différenciation des acteurs et des sites, qui permet de bénéficier des savoir-faire spécifiques de chacun des secteurs, occasionnera des difficultés dans leur mise en œuvre au quotidien. C'est pourquoi, pour souligner ce paradoxe, dans le titre de mon mémoire, j'ai volontairement pris le parti de positionner côte à côte, ces deux notions.

A) Le projet de vie

Le projet de vie est présenté comme un élément indispensable, dans la loi du 11 février 2005⁴⁰. Son article 11 indique que « *Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée, tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même, ou à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal, lorsqu'elle ne peut exprimer son avis.* » Et son article 64 précise que « *La Maison Départementale des Personnes Handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille, l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie.* »

⁴⁰ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, www.legifrance.gouv.fr

Ainsi, comme tout un chacun, la personne handicapée peut-elle se projeter dans l'avenir, avec des objectifs, à différentes échéances. En revanche, du fait de sa vulnérabilité, elle aura besoin d'aide pour le préciser et le construire. *« De manière synthétique, un projet de vie peut se composer de quatre grands domaines déterminants de notre vie :*

- *la santé (au sens le plus large de bien-être général) ;*
- *l'activité (professionnelle ou autre) ;*
- *le mode de vie (l'environnement, le logement, le rythme de vie, la consommation, etc,...) ;*
- *les relations sociales (familiales, affectives, sexuelles, amicales, publiques) ;*

Chacun de ces domaines peut être à son tour décomposé en catégories. Pour chacune de ces catégories, une personne peut fixer ses attentes, ses objectifs opératoires, les stratégies qu'elle compte adopter pour les atteindre (méthode et ressources), les modalités d'évaluation des effets obtenus ... »⁴¹

B) Le projet de soins

Le « Projet de soins » auquel je fais référence dans ce mémoire, désigne dans le langage courant, ce que les professionnels de la santé nomment plutôt le « Projet individualisé de soins ». Il est mis en œuvre par un établissement sanitaire. Il s'agit d'un plan d'action élaboré par les soignants, avec le patient. Il permet de poser des interventions de soins, en fonction des problèmes de santé identifiés. Il s'agit donc d'une résolution de problèmes spécifiques à une personne donnée.

Cette précision est importante, car dans le secteur sanitaire, le terme « Projet de soins » désigne une composante du projet d'établissement, en lien étroit avec le projet médical et le projet social. Il ne s'agit donc pas d'un projet construit pour une personne isolée. Il a pour finalité l'amélioration constante de la qualité de la prise en charge des patients. Par définition, il englobe le projet de soins infirmiers, de rééducation, et médico-technique : il est donc l'expression collective des personnels paramédicaux. Il définit les orientations et les priorités de la prise en charge du patient dans les différentes dimensions du soin : préventif, éducatif, relationnel, curatif et palliatif.

Dans le domaine de la psychiatrie, le projet individualisé de soins s'articule autour :

- des traitements médicamenteux ;
- des psychothérapies individuelles et/ou de groupe ;
- des activités occupationnelles (ateliers thérapeutiques ou activités sportives) ;
- des sorties thérapeutiques, seul ou accompagné, dans la phase préparatoire à une sortie définitive ;

⁴¹ LOUBAT Jean-René, Juillet/Août 2013, « Parcours et projets de vie, Vers une reconfiguration de l'action médico-sociale », Les cahiers de l'Actif, N°446-447, p11

2.1.2 Le projet de vie et le projet de soins ont une action l'un sur l'autre

Dans la première partie de ce mémoire, nous avons vu que les personnes handicapées psychiques ont besoin d'une prise en charge médicale, afin de stabiliser les symptômes de leur pathologie, pour pouvoir envisager de vivre au sein du milieu ordinaire. Par la suite, la personne devra veiller à suivre régulièrement ses traitements (médicamenteux et psychothérapeutiques) afin d'éviter les phases de décompensation et donc les hospitalisations.

Mais à lui seul, le secteur psychiatrique ne peut répondre à l'ensemble des besoins et attentes de ses patients, notamment pour des personnes très isolées, présentant des difficultés d'hygiène corporelle et d'incurie du logement et/ou connaissant des difficultés sociales et de santé complexes et intriquées. Il en va de même pour les personnes aspirant à s'inscrire dans des activités sociales ou professionnelles.

« L'important est d'accompagner le patient vers la vie hors du champ sanitaire et non vers une structure de l'hôpital, fut-elle à temps partiel. Les soignants ont des rôles propres qui ne peuvent pas être dévolus aux éducateurs mais ils se trouvent parfois dans une interface dans laquelle il faut prendre soin, sans en avoir les moyens, la capacité ou la formation, en particulier quand la pathologie est bien contrôlée, mais que le projet de vie n'est pas bâti ou pas suffisamment. C'est dans ce différentiel des rôles que doit s'inscrire le partenariat : en complémentarité et non pas dans un glissement des rôles,... Respectant le rôle professionnel de chacun : c'est le distinguo entre « soin » et « prendre soin ». Le soin relève du sanitaire, le prendre soin du médicosocial. »⁴²

Que ce soit du côté des psychiatres de l'hôpital du Bon Sauveur ou du côté du personnel du SAVS La Soleillade, les choses sont claires : « à chacun son métier ». Les soins nécessitent des savoir-faire différents du prendre soin. Il est donc préférable que les premiers continuent à être mis en œuvre par le secteur sanitaire et que les seconds le soient par le secteur social et médico-social. Les professionnels de ces deux secteurs devront donc travailler ensemble, quels que soient les obstacles.

« La prise en charge dans les hôpitaux de jour, répond à la phase subaiguë de la maladie, mais lorsqu'elle perdure, elle mélange les genres (réhabilitation médicosociale et soins). Le soin s'essouffle de ne pas pouvoir ancrer le patient dans une « vraie vie », d'où il tirera du plaisir et le retour dans le « cocon hospitalier » suit régulièrement, en générant une

⁴² Docteurs VILAMOT, PASSAMAR, GRANBERG, BELHADJ-TAHAR, RICO, Février 2013, « Projet de pôle Urgences-Réhabilitation-Victimologie, POLE U-R-V » de l'hôpital du Bon Sauveur à ALBI, p11

nouvelle rupture. ... Les échecs de la réinsertion du patient dans la cité, sont souvent retrouvés lorsque le projet de vie ne tient pas, alors que le projet de soins est maintenu, le projet de soins ne tient pas et effondre le projet de vie, ou les deux ne tiennent pas. »⁴³

Ainsi, ces deux projets doivent-ils être concomitants et coordonnés, car la construction d'un projet de vie réoriente forcément le projet de soins, puisque ce dernier doit procurer une amélioration sur un point particulier, permettant d'accéder à ce projet de vie. Les différentes perspectives de sortie orientent donc forcément les modalités du soin. Souvent, quand il n'y a aucun projet de vie, le projet de soins ne peut être que celui du quotidien, sans autre perspective que celle du lendemain.

2.2 Décloisonnement des secteurs : une longue croisade est engagée

2.2.1 Le cloisonnement entrave la simultanéité des projets, en morcelant le parcours

A) L'origine du cloisonnement entre secteurs

« L'assistance publique », qui au départ était centrée sur des activités d'hébergement de personnes « indigentes » (invalides, vieillards, enfants orphelins ou victimes de milieux familiaux carencés, familles nombreuses et nécessiteuses) est née de lois républicaines adoptées entre 1889 et 1914. Puis à partir de 1950, ses formes d'intervention se sont modernisées et professionnalisées, au sein d'établissements assurant toujours des prises en charge matérielles, mais aussi éducatives et réparatrices.

Parallèlement, les institutions hospitalières, qui à l'origine, avaient une fonction d'assistance dominante, se sont centrées sur des logiques de soins, en même temps que se développait une médecine scientifique, fortement technicisée et confiée à des professionnels de plus en plus spécialisés. Ce faisant, alors qu'il se plaçait au centre du système de soins, l'hôpital a dû abandonner sa mission d'hébergement et d'accueil des personnes pauvres pour raison d'invalidités diverses ou d'âge. C'est ainsi que les lois de 1959 et surtout de 1970, ont organisé en France le système hospitalo-universitaire et l'ont constitué en élément central de la politique de santé.

C'est à l'issue de ce double mouvement – modernisation de l'assistance et constitution du système hospitalo-universitaire - que l'assistance s'est transformée en « secteur social et médico-social », lequel a pris son autonomie par rapport au « secteur sanitaire » et a fait

⁴³ Docteurs VILAMOT, PASSAMAR, GRANBERG, BELHADJ-TAHAR, RICO, Février 2013, « Projet de pôle Urgences-Réhabilitation-Victimologie, POLE U-R-V » de l'hôpital du Bon Sauveur à ALBI, p11

l'objet d'une loi qui lui est propre : la loi du 30 juin 1975⁴⁴, relative aux institutions sociales et médico-sociales. Ainsi naissait la différenciation et donc le cloisonnement entre le secteur sanitaire d'une part et le secteur social et médico-social d'autre part.

B) Le cloisonnement tend à morceler le parcours de la personne

Nous avons vu que pour les personnes souffrant de maladie mentale, il est nécessaire que le projet de vie et le projet de soins soient concomitants. Mais cette simultanéité est rendue difficile quand les professionnels qui mettent en œuvre ces deux projets, exercent dans des secteurs cloisonnés : le parcours de la personne n'est plus fluide mais « découpé en morceaux » correspondant aux passages d'un secteur à un autre : les projets deviennent successifs et non plus concomitants.

2.2.2 La loi HPST et l'ARS impulsent le décloisonnement

A) La loi HPST regroupe le sanitaire et le médico-social, en créant les ARS

La loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire⁴⁵ (HPST)», du 21 Juillet 2009, réforme à la fois, les secteurs sanitaire et médico-social. Elle repose essentiellement sur le fait que le système de santé français est trop centré sur l'hôpital. Son objectif consiste à déplacer une partie de l'offre de soins de l'hôpital vers la médecine de ville et vers le médico-social. Elle comprend 4 titres :

- La modernisation des établissements de santé ;
- L'amélioration de l'accès à des soins de qualité, grâce à une meilleure répartition sur le territoire, en luttant contre les déserts médicaux ;
- La prévention et la santé publique ;
- L'organisation territoriale du système de santé, avec la mise en place des ARS (Agences Régionales de Santé), clés de voûte du système ;

Cette loi vise à moderniser et améliorer l'efficacité, à mieux coordonner l'offre de soins et à réduire les inégalités d'accès au soin. Elle met l'accent sur deux concepts importants :

- Le patient est placé au cœur d'un parcours de soins, grâce au maillage des différents acteurs de la santé ;
- La territorialisation : à l'intérieur de la région, figurent les territoires, puis les bassins de santé. Pour chaque territoire, c'est l'ARS qui évalue les besoins et lance ensuite des appels à projet, réformant ainsi le régime d'autorisation d'ouverture, ou d'extension d'établissements. D'où une mise en concurrence des candidats.

⁴⁴ Loi N°75-535, du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, www.legifrance.gouv.fr

⁴⁵ Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, www.legifrance.gouv.fr

Et pour ce faire, cette loi préconise le décloisonnement, notamment en créant les ARS, qui regroupent désormais :

- Le secteur sanitaire : hôpital et médecine de ville ;
- Le secteur médico-social, au sein duquel, avec les fonds de l'assurance maladie, l'ARS finance les établissements qui délivrent des soins et notamment :
 - > 100 % du budget des établissements pour mineurs (ITEP, IME, IMPRO, SESSAD), et pour adultes lourdement handicapés (MAS) ;
 - > la partie soin du budget des FAM, des SAMSAH et des EHPAD ;

Par ailleurs, depuis la loi HPST, l'ARS finance aussi le budget social des ESAT. A la différence des établissements précités, les fonds qui financent les ESAT, établissements médico-sociaux, ne proviennent pas de l'assurance maladie (sécurité sociale), ni du conseil général, mais directement de l'Etat.

En devenant leur interlocuteur unique, l'ARS veut décloisonner et faire coopérer : le médico-social ; l'hôpital ; la médecine de ville ; la prévention ; la veille et sécurité sanitaire. Le secteur social n'est toujours pas rattaché à l'ARS. Il reste la prérogative des conseils généraux. Toutefois, les orientations données par le plan stratégique régional de santé, invitent de plus en plus à une coopération avec celui-ci et donc indirectement, à son décloisonnement.

B) Avec le PRS, l'ARS incite les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, à coopérer

Les nombreuses orientations données par le Plan Régional de Santé (PRS) en faveur du décloisonnement, montrent à quel point ce sujet est d'actualité. Beaucoup s'accordent à penser que celui-ci permettrait un meilleur accompagnement de la personne, au plus près de son environnement ordinaire de vie, en rendant plus efficaces les services existants. Ce dernier point est important, car du fait du contexte économique, les financements alloués aux secteurs sanitaire, social et médico-social sont contraints. Dès lors, à moyens presque constants, il s'agira d'essayer de trouver des marges de progression, pour à la fois améliorer l'accompagnement et le rendre conforme aux lois.

a) Objectifs concernant tous les patients au long cours

Fluidifier le parcours du patient ou de l'utilisateur

Nous avons vu que l'un des trois défis de l'ARS Midi-Pyrénées pour la période 2012-2017 est de « *Positionner l'utilisateur au cœur du système de santé ... Cette question est cruciale, en particulier pour les patients au long cours, qu'ils soient atteints de maladies chroniques ou qu'il s'agisse de personnes âgées ou handicapées. L'ARS Midi-Pyrénées ambitionne de faciliter les parcours de ces usagers dans le système de santé, sans rupture de prise*

en charge, de la prévention aux soins, du suivi en médecine de ville, en établissement de santé, ou dans le cadre d'un accompagnement médico-social ... Nous devons donc garantir autour du patient la meilleure synergie entre les interlocuteurs successifs de son parcours de santé. Cette démarche de qualité passe par un décloisonnement entre acteurs, dans le cadre de parcours de santé, facilités et coordonnés »⁴⁶

Adapter les missions des réseaux de santé

Revenons rapidement sur l'histoire des Réseaux de santé. En 1996, deux ordonnances dites « Ordonnances Juppé » introduisent, parallèlement du côté hospitalier et de la médecine de ville, le concept d'une organisation des soins en réseau. À partir de 2002, se crée une nouvelle architecture : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 par son article 36, modifie le code de la sécurité sociale et crée au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), une dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). Cette dotation est parfois appelée 5^e enveloppe de l'ONDAM.

Par ailleurs, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002⁴⁷ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, crée au sein du code de santé publique un article (L6321-1) définissant les réseaux de santé : *« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ... Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret, peuvent bénéficier de subventions de l'État ... de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie »* En 2011, on comptait 716 réseaux, financés pour un montant de 167 millions d'euros et représentant environ 2 500 ETP.

En Octobre 2012, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a publié un guide intéressant, par rapport à l'avenir de la coordination des soins : *« Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? »*, dans lequel elle

⁴⁶ ARS, Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées 2012-2017, « Positionner l'utilisateur au cœur du système de santé », p9, p17, www.ars.midipyrenees.sante.fr

⁴⁷ Loi N° 2002-303 du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, www.legifrance.gouv.fr

indique « *Les évolutions en cours (rémunérations de la coordination, système d'information partagé, protocolisation des parcours, etc) permettent de penser qu'à terme, la coordination des soins sera réalisée par les effecteurs de soins eux-mêmes. Il importe d'inscrire les réseaux de santé dans ces évolutions, afin d'une part, qu'ils favorisent cette intégration progressive et d'autre part, qu'ils interviennent en appui des acteurs, pendant cette phase transitoire... vers une mission d'appui aux médecins généralistes et des équipes de proximité pour la prise en charge des situations complexes (notamment sur les aspects médico-sociaux), leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter les patients.*»⁴⁸ Ainsi à l'avenir, la coordination des soins serait assurée par les acteurs eux-mêmes, avec uniquement pour les situations complexes, un appui éventuel d'un réseau de santé. Les préconisations de ce guide ont été déclinées dans les différentes régions, par les ARS.

En Midi-Pyrénées, l'ARS a choisi comme troisième défi : « *Adapter l'offre pour répondre aux besoins de santé* »⁴⁹. Pour cela, un premier volet prévoit d'organiser la gradation de l'offre de soins et de services. Et dans ce volet, l'un des leviers pour y parvenir, consiste à « *Adapter les missions des réseaux* ». L'ARS Midi-Pyrénées reconnaît à la fois le rôle important des réseaux, mais aussi la nécessité de clarifier leurs missions et de faire évoluer leur fonctionnement : « *Les réseaux de santé sont des opérateurs dont le rôle est reconnu... Dans une double optique d'efficience des ressources humaines disponibles et d'amélioration de la qualité, les démarches pluri et interprofessionnelles seront soutenues et les réseaux seront un terrain propice pour l'établissement de protocoles de coopération.* »⁵⁰

Concernant leurs missions, l'ARS distingue clairement les réseaux régionaux des réseaux territoriaux : « *Les réseaux régionaux portent des thématiques de priorités régionales ou nationales ... leur objet principal est l'amélioration et l'harmonisation des prises en charge, notamment grâce à l'élaboration de protocoles et de référentiels ... Ils constituent une ressource en termes de méthodologie, d'organisation et d'évaluation pour les professionnels de santé et les structures sanitaires et médico-sociales. Ils mettent leurs outils à disposition des réseaux territoriaux et des équipes qui prennent en charge les patients. Le cœur de métier des réseaux territoriaux est centré sur l'appui aux médecins traitants et sur l'appui à la coordination du parcours de santé pour les situations*

⁴⁸ DGOS, Guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » Octobre 2012, Synthèse p2

⁴⁹ ARS, Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées 2012-2017, « Adapter l'offre pour répondre aux besoins de santé », p50, www.ars.midipyrenees.sante.fr

⁵⁰ ARS, Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées 2012-2017, « Adapter l'offre pour répondre aux besoins de santé », p59 & 62, www.ars.midipyrenees.sante.fr

complexes. Ces dernières appellent une diversité d'intervenants, car le médecin ne peut y répondre avec ses propres moyens. Ce sont essentiellement des patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités et/ou problèmes sociaux, ou problèmes de dépendance surajoutés.»⁵¹

Pour illustrer le rôle des réseaux, dans le 2.2.4, je présenterai le RAP31, dédié aux adolescents en grande difficulté. Il assume à la fois des missions régionales et une mission territoriale au travers de la gestion des cas complexes pour la Haute Garonne. Il a notamment permis une diminution des hospitalisations en urgence en pédopsychiatrie.

Promouvoir la télémédecine et le partage d'informations

Nombre d'établissements et services du secteur médico-social ont peu ou pas du tout informatisé les données relatives au dossier de l'utilisateur. Ceci est étonnant à l'époque du « tout informatique » et surtout du développement massif d'internet. Mais sous l'impulsion de l'ARS, d'ici quelques années, en Midi-Pyrénées, les choses pourraient changer. En effet, toujours dans son troisième défi, intitulé: « *Adapter l'offre pour répondre aux besoins de santé* », le deuxième volet propose de renforcer le pilotage régional et notamment celui des systèmes d'information en santé. « *Plus que jamais, la télésanté représente un enjeu majeur pour le système de santé : pour organiser les parcours de santé des patients entre la médecine de ville, les établissements de santé et les structures médico-sociales : la continuité des soins et la coordination des soins entre les différents professionnels, nécessitent le partage et les échanges d'information.* »⁵² Rappelons que sous l'impulsion du professeur Louis LARENG, la région Midi-Pyrénées est pilote en France, dans le développement de la télémédecine.

Dans ce chapitre, j'ai retenu trois axes. Le premier consiste à promouvoir la télémédecine. Ainsi en EHPAD, cette technique permettra d'apporter l'avis d'un gériatre au médecin traitant, concernant l'état de santé d'un patient et son traitement. Mais surtout, eu égard au thème de ce mémoire, « *la télémédecine sera développée dans les bassins de santé pour répondre aux besoins des médecins généralistes, dans les domaines de la psychiatrie, de la gériatrie, de la prise en charge des maladies chroniques. Les maisons de santé pluri professionnelles seront équipées en priorité.* »⁵³

⁵¹ ARS, Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées 2012-2017, « Adapter l'offre pour répondre aux besoins de santé », p60, www.ars.midipyrenees.sante.fr

⁵² ARS, Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées 2012-2017, « Adapter l'offre pour répondre aux besoins de santé », p70, www.ars.midipyrenees.sante.fr

⁵³ ARS, Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées 2012-2017, « Adapter l'offre pour répondre aux besoins de santé », p70, www.ars.midipyrenees.sante.fr

Le deuxième axe s'attache à favoriser le partage d'informations entre professionnels. Pour y parvenir, en 2012, le plan stratégique pointait trois projets. Tout d'abord le Dossier Médical Personnel (DMP), très attendu par les jeunes médecins généralistes qui y voient le moyen de partager les informations relatives à la prise en charge de leurs patients avec d'autres confrères. Il est testé dans divers bassins de santé depuis 2011, où il a fait preuve de son bon fonctionnement. Selon Michel GAGNEUX, Président de l'ASIP Santé (Agence des Informations Partagées de Santé), en 2014, « *les conditions sont réunies pour que s'engage son déploiement à grande échelle.* »⁵⁴

Le deuxième projet concernait une solution unique de messagerie sécurisée, conforme au référentiel de l'ASIP Santé, pour favoriser les échanges entre les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé. En 2013, l'ARS Midi Pyrénées a choisi Medimail comme Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté) pour la région. C'est le GCS Télésanté Midi Pyrénées qui accompagne son déploiement auprès des libéraux, des établissements de santé, des réseaux de soins... En avril 2014, après un peu plus d'un an de déploiement en région, elle est déjà très utilisée, par les établissements et par les professionnels de santé libéraux : plus de 2 700 professionnels de santé libéraux ont un compte Medimail actif.

Le troisième projet propose d'accompagner les opérateurs dans le développement de leurs systèmes d'information. « *La télémédecine et le partage d'informations de santé, constituent des outils de coordination et de continuité des soins entre acteurs de santé à l'échelle d'un territoire. Leur développement nécessite de mettre en relation les systèmes d'information propres à chaque organisation (établissement de santé, cabinet libéral et structure médico-sociale).* »⁵⁵ C'est certainement ce troisième projet qui aura le plus d'incidence, à terme, dans la vie quotidienne des professionnels du social, médico-social et sanitaire, qui accompagneront des personnes handicapées psychiques. En particulier pour l'équipe du SAVS La Soleillade, dont la mission est de mettre en œuvre le projet de vie de la personne, en l'aidant à coordonner tous ses interlocuteurs.

Il est très important de noter que ces deux orientations (télémédecine et partage d'informations) qui paraissaient ambitieuses en 2012, année de sortie du plan stratégique régional de santé, deviennent peu à peu des réalités en 2014 : j'illustrerai ces propos dans le 2.2.4, avec la télémédecine utilisée au sein du GCS du Limousin, mais aussi dans le 3.4, avec la présentation du futur logiciel multi secteur, pensé par RESOMIP.

⁵⁴ GAGNEUX Michel, Juin 2014, « 2014 : plus que jamais l'année du DMP », esante.gouv.fr

⁵⁵ ARS, Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées 2012-2017, « Adapter l'offre pour répondre aux besoins de santé », p71, www.ars.midipyrenees.sante.fr

b) Les préconisations concernant les personnes handicapées psychiques

Au sein du 2^{ème} défi « Positionner l'utilisateur au cœur du système de santé », le « Parcours de santé des personnes souffrant de troubles mentaux » est l'un des 8 parcours que l'ARS Midi Pyrénées s'engage à améliorer en priorité. Il est en accord avec le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, lequel trace les axes stratégiques et passe le relais aux ARS et aux acteurs de terrain, pour les traduire dans leurs réalités locales. Ce parcours comprend 4 grands axes :

- 1) Dépister précocement les situations de souffrance psychique ;
- 2) Faciliter l'accès aux soins psychiatriques dans les bassins de santé ;
- 3) Améliorer la continuité des prises en charge, en décloisonnant les dispositifs sanitaire, médico-social et social ;
- 4) Adapter les prises en charge en psychiatrie, dans les établissements de soins ;

Ainsi le troisième point de ce programme est-il consacré au décloisonnement, du sanitaire, du médico-social, mais aussi du social. Il comprend lui aussi 4 thèmes :

- 3-1) Formaliser des conventions entre établissements médico-sociaux et sanitaires ;
- 3-2) Développer des formations croisées des équipes sanitaires, sociales et médico-sociales ;
- 3-3) Améliorer la continuité des soins en milieu ordinaire de vie ;
*L'ARS y indique « Consciente des difficultés de réinsertion que peuvent rencontrer les patients lorsqu'ils regagnent leur domicile, l'ARS facilitera l'accompagnement des familles ou des associations de malades, en impulsant une réflexion avec les différents partenaires, sur un accès à un logement autonome ou adapté, une aide à la vie quotidienne... Ainsi les services dispensés par les SAMSAH ou les SAVS, ainsi que le soutien apporté par les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), en dehors des soins en psychiatrie, assurés par les équipes extrahospitalières ou par les IDE, seront facilités ».*⁵⁶
- 3-4) Favoriser le retour et le maintien dans l'emploi des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique ;

2.2.3 Malgré les injonctions à coopérer, des difficultés restent à surmonter

A) L'ARS Midi-Pyrénées enquête auprès des établissements médico-sociaux, au sujet des dysfonctionnements avec la psychiatrie

Malgré toutes ces recommandations en faveur de la coopération entre acteurs, l'ARS Midi-Pyrénées a pointé récemment des difficultés d'articulation entre le secteur

⁵⁶ ARS, Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées 2012-2017, « Le parcours de santé des personnes souffrant de troubles mentaux », p42, www.ars.midipyrenees.sante.fr

psychiatrique et le secteur médico-social, en particulier dans le département de la Haute-Garonne. C'est ainsi que les établissements médico sociaux de ce département ont fait remonter à l'ARS divers dysfonctionnements. Car lorsqu'ils sollicitent les établissements psychiatriques, il arrive souvent qu'ils n'obtiennent pas de réponse, ou bien que ces établissements leur répondent qu'il n'y a pas de place. Et lorsque le patient se présente aux urgences, il est fréquent qu'il soit « renvoyé » très rapidement. C'est pourquoi, en février 2014, cette délégation territoriale a lancé une enquête⁵⁷ auprès de tous les médecins des établissements médico-sociaux de ce département, pour recenser d'une part, toutes les demandes de prise en charge que ces établissements avaient pu formuler en 2013 et d'autre part, pour connaître la réponse qui leur avait été faite par les services de psychiatrie. A ce jour, les résultats de cette enquête ne sont pas encore connus.

A ce stade, il est toutefois important de préciser qu'en Haute Garonne, Toulouse est une ville particulièrement touchée par la saturation des services de psychiatrie, mais ceci semble être moins le cas dans le département qui nous concerne, à savoir le Tarn.

B) Le nombre de psychiatres en France est en baisse

Selon un ouvrage⁵⁸ collectif publié par la DREES en 2005, avec 13 600 psychiatres, la psychiatrie était la spécialité qui, en France métropolitaine, comptait le plus de professionnels (soit 13 % des spécialistes). Néanmoins, le vieillissement de la population et la baisse du numérus clausus se traduisent par une baisse conséquente du nombre d'actifs. Avec ces paramètres, à l'horizon 2025, la France ne devrait compter que 8 800 psychiatres. Dans ces conditions, la baisse attendue des effectifs entre 2002 et 2025, devrait atteindre 36 %. Par ailleurs, dans la préface, Gérard Massé pointe une répartition déséquilibrée. Ainsi l'hospitalisation reste concentrée dans les centres hospitaliers spécialisés qui mobilisent les trois quarts des ressources, alors que celles de l'ambulatoire demeurent insuffisantes.

C) Dans certaines situations, le modèle économique actuel n'est pas adapté

*« Les pouvoirs publics exhortent au décloisonnement, mais le modèle économique de ce décloisonnement n'existe pas. Ainsi les différents acteurs se retrouvent-ils régulièrement dans le « Y a qu'à, faut qu'on », contraints de fabriquer des réponses avec les moyens du bord. »*⁵⁹ Au niveau des patients/usagers, de l'Hôpital du Bon Sauveur/ASEI, ce manque de modèle économique s'exprime dans au moins deux situations :

⁵⁷ Annexe 7: Enquête ARS (Haute Garonne), concernant l'articulation entre le secteur médico-social et la psychiatrie, février 2014

⁵⁸ DREES, 2007, La prise en charge de la Santé Mentale, recueil d'études statistiques, La Documentation française, Paris, p69

⁵⁹ PINAULT Olivier, Cadre Supérieur Socio-éducatif, Centre Hospitalier Esquirol de Limoges (87), Juin 2014

a) L'absence de stage financé ou de pré-orientation

Actuellement, la MDPH du Tarn tient le délai prévu d'environ 4 mois, pour statuer sur une orientation, vers tel ou tel établissement. Mais le problème qui se pose pour les personnes handicapées psychiques, c'est qu'à la différence du handicap mental, il est parfois difficile de leur trouver d'emblée la bonne orientation. C'est pourquoi, des stages sont parfois organisés, entre l'Unité Sainte Claire de l'hôpital du Bon Sauveur (très impliquée dans cette problématique d'immersion progressive du sanitaire vers le médico-social) et le FAS André Billoux, ou les cinq services de La Soleillade.

Mais ces stages que proposent ces deux établissements médico-sociaux ne sont pas financés, ni par l'ARS, ni par le Conseil Général, si bien qu'ils ne peuvent être proposés que de façon ponctuelle. Il serait donc intéressant de pouvoir rémunérer l'établissement qui accueille le stagiaire, dans le même esprit que les stages en ESAT. *« Les délais nécessaires à la réussite de cette immersion se comptent en mois et pas seulement en jours, comme actuellement les stages de pré-admission... La réussite de l'insertion médico-sociale est intimement liée à la double prise en charge et à la durée de celle-ci et la réflexion doit porter sur la faisabilité du projet pour un plus grand nombre, sans amputer pour autant le budget ... de chaque institution. Certains peuvent « basculer » très rapidement dans le médico-social, ... Dans les autres situations, l'échec est prévisible, avec l'organisation actuelle de stages courts et non séquentiels, ... »*⁶⁰

b) Comment rémunérer l'alternance entre sanitaire, social et médico-social ?

Dans certaines situations complexes, il faudrait que les personnes handicapées psychiques puissent effectuer des allers retours entre l'hôpital psychiatrique et l'établissement social ou médico-social. D'où la nécessité d'une double prise en charge ponctuelle, qui aujourd'hui n'est pas permise par les financeurs : à un moment donné du parcours de la personne, son accompagnement sera financé soit au sein du secteur sanitaire, soit au sein du secteur médico-social ou social. Dès lors, à L'ASEI comme dans d'autres associations, les professionnels qui s'attachent à proposer à la personne l'accompagnement le plus adapté possible à ses besoins, sont obligés de jongler avec les tolérances admises : elle sera hospitalisée la nuit à l'hôpital du Bon Sauveur et sera accueillie le jour, au sein d'un des nombreux dispositifs de l'ASEI.

c) La notion de parcours bouscule le modèle économique actuel

Nous avons vu que la loi du 11 février 2005⁶¹ vise l'inclusion de la personne handicapée

⁶⁰ Docteurs VILAMOT, PASSAMAR, GRANBERG, BELHADJ-TAHAR, RICO, Février 2013, « Projet de pôle Urgences-Réhabilitation-Victimologie, POLE U-R-V » de l'hôpital du Bon Sauveur à ALBI, p14

⁶¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, www.legifrance.gouv.fr

et que la loi HPST⁶², au travers des ARS et de leur Projet Régional de Santé, souhaite lui offrir un parcours de santé fluide et non pas chaotique. Par ailleurs, l'article 7 de la loi 2002-02⁶³ définit sept droits garantis à toute personne accompagnée. Dans cette liste, le 2^{ème} droit évoque le « *libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes* ». Dès lors, si l'on devait pousser ces logiques jusqu'au bout, pour favoriser le choix et la liberté de la personne handicapée, on pourrait imaginer que ce soit elle qui perçoive directement les financements nécessaires à son accompagnement et que, dotée de ces moyens, elle choisisse et finance tel ou tel service ou établissement. Dans cette perspective, les établissements et services percevraient de façon indirecte et non plus directe, les financements nécessaires à son accompagnement.

« La notion de parcours remplacera celle de place affectée dans telle ou telle structure, conçue au départ pour traiter un diagnostic ou un type de public et non pas une personne dans son évolution. Cependant, la question du mode de financement représente un réel obstacle à tout changement structurel... Le financement des opérateurs finira tôt ou tard par être attaché lui aussi à cette notion de parcours personnel, seule modalité propre à rendre compte véritablement de l'ajustement de l'offre et de la demande... »⁶⁴ « Chacun défend son pré carré, désireux de garder le contrôle de l'activité et de son financement, alors que la mise en place d'un parcours optimal des soins demande une vision transversale et coordonnée. La France est le seul pays industrialisé à enregistrer un fractionnement aussi développé, à l'origine de nombreux dysfonctionnements, d'un surcoût financier et du manque d'efficacité du système dans sa globalité. »⁶⁵

Il est difficile d'imaginer quel pourrait être le meilleur modèle économique pour accompagner la notion de parcours de santé de la personne. Par contre, il apparaît que les modes de financement actuels ne sont pas bien adaptés à cette notion, notamment pour les personnes handicapées psychiques dont le projet de vie et le projet de soins doivent être concomitants, avec dans certaines situations complexes, des allers retours réguliers entre l'hôpital et le service médico-social. Le rattachement du financement à la personne serait-il plus adapté ? Peut-être, toutefois, si une telle organisation devait se mettre en place, il faudrait veiller à défendre les intérêts de la personne handicapée, qui est bien souvent vulnérable. Car dans une telle configuration, pour des raisons de clientélisme, l'accompagnement qui pourrait lui être proposé, risquerait de devenir celui qui a le plus de chances de la séduire et non pas le plus adapté à sa situation.

⁶² Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, www.legifrance.gouv.fr

⁶³ Loi N°2002-02 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, www.legifrance.gouv.fr

⁶⁴ LOUBAT Jean-René, Juin 2013, « Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale », DUNOD, Paris, p28

⁶⁵ LACHMANN Jean, Mai 2012, « La réforme du parcours des soins », Gestions hospitalières, N°516, p280

« Au-delà des querelles de définition ... de la notion de parcours, il est possible d'affirmer que l'essor de cette notion va de pair avec une remise en cause des catégories de l'action publique et du fonctionnement du système d'aide et de soins. C'est en cela que nous parlerons d'un changement de paradigme, c'est à dire d'un changement dans les façons de penser l'intervention publique en matière de santé. »⁶⁶

D) La différence de culture constitue une difficulté ... mais aussi une chance

J'ai pu appréhender la différence de culture entre les secteurs sanitaire d'un côté et social et médico-social de l'autre, dès que j'ai évoqué mon thème de mémoire : *« Vous souhaitez travailler sur le thème de la coopération entre la psychiatrie et le médico-social ? Et bien bon courage, car c'est un véritable serpent de mer ! »* m'a lancé un directeur d'établissement médico-social. Et de poursuivre : *« L'hôpital psychiatrique ne joue pas le jeu avec le médico-social : régulièrement, les services des urgences nous renvoient les usagers, aussitôt après les avoir admis. »* Ces petites phrases sont révélatrices d'une différence de culture, qui vient complexifier encore ce sujet déjà très dense, de leur coopération.

A cette divergence, vient s'ajouter l'histoire de leur imbrication puis de leur séparation. Enfin, leur poids économique distinct, les éloigne encore : *« ...le rapprochement entre les secteurs sanitaire et médico-social est une affaire complexe pour ceux qui nous gouvernent, à tous les échelons de la prise de décision. Lorsque le sanitaire et le médico-social se confrontent, c'est souvent pour faire des étincelles. Un opérateur s'empresse alors à nouveau de les séparer comme deux frères risquant de se chamailler trop vite. Et pourtant, le médico-social recherche souvent et de plus en plus, le regard de son grand frère. « Grand » à différents titres : d'une part parce que quand un mastodonte de 75 milliards d'euros parle à une entité qui pèse 15 milliards d'euros, souvent le premier gagne la partie ; d'autre part parce que le système sanitaire français repose sur son système hospitalier. Les anglais ont fait le choix du médecin traitant, les américains celui des assurances privées, les allemands les caisses d'assurance maladie, la France a choisi l'hôpital. Cela confère une légitimité que n'a jamais eue le secteur médico-social dans les débats avec la puissance publique.... La relation bilatérale s'effectue toujours entre le « petit » médico-social et le « gros » sanitaire ».⁶⁷*

Cette différence de culture entre secteurs a de réelles incidences sur les pratiques des uns et des autres au quotidien. Pourtant, nous avons vu précédemment que c'est

⁶⁶ BLOCH Marie-Aline et HENAUT Léonie, 2014, « Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », DUNOD, Paris

⁶⁷ CUEILLE Sandrine, DEVREESE Emmanuel, Novembre/Décembre 2012, « Rapprochement sanitaire et médico-social ? Une nouvelle donne ? » Cahiers de L'Actif N°438-439, p97 et 98

justement de la différence entre les savoir-faire respectifs de chaque secteur, que vient la complémentarité et donc par conséquent, la richesse de leurs accompagnements associés. Aussi bien à La Fondation du Bon Sauveur qu'à La Soleillade, chacun reconnaît et respecte le travail de l'autre et souhaite que chacun conserve ses attributions.

Mais alors, si chacun doit rester intrinsèquement ce qu'il est, comment faire travailler ensemble des secteurs aussi différents ? Pourront-ils parvenir seuls à construire une coopération au quotidien, ou auront-ils besoin de l'aide d'un tiers ?

2.2.4 Quand l'intervention d'un tiers facilite le décloisonnement

A) La présence d'un tiers est parfois souhaitable pour « arbitrer » et fluidifier le parcours

« Au début de toutes les négociations entre l'ADAPEI de la Gironde et les établissements de santé, les réticences étaient toujours les mêmes : du côté de l'ADAPEI, les médecins et les éducateurs disaient « de toute façon, les hôpitaux ne répondent jamais quand on les appelle et les patients qu'ils nous envoient sont rarement stabilisés, ... » Et les médecins et directeurs des hôpitaux affirmaient : «... avec les établissements de l'ADAPEI, c'est toujours la même chose : vous nous envoyez les patients et vous ne les reprenez plus jamais ; on ne peut pas vous faire confiance. » Pour combattre ce cercle infernal, il est sans doute nécessaire qu'un tiers s'immisce, au moins au début, dans la relation : l'ARS pourrait habilement jouer ce rôle et conforter, par des « projets de santé territoriaux », l'amorçage de ces relations. ... Car les pouvoirs publics sont encore empreints d'une absence totale de vision de ce qu'ils veulent pour l'avenir. Car si l'hôpital ne peut plus être le pilier de notre système de santé, ils n'ont pas fait le choix de son remplaçant : l'assurance maladie, le médecin référent de ville, les mutuelles ? La région ? L'ARS ? Aucun n'a aujourd'hui le vent en poupe ; alors, dans le silence de ce choix, les acteurs font ce qu'ils peuvent et se rapprochent comme on se rapproche quand on est sous la pluie. Cela crée de la coopération qui risque de s'évanouir dès les premiers rayons de soleil... »⁶⁸

La coopération entre La Soleillade et l'hôpital du Bon Sauveur a bien progressé. Toutefois, nous verrons dans le paragraphe 2-3 qu'il existe des points à améliorer. A ce sujet, selon moi, un espace tiers, pourrait vraisemblablement jouer un rôle de médiateur et accélérer ce processus de coopération pour co-construire des projets. En même temps, les financements publics étant contraints, il paraît difficile de rajouter un troisième

⁶⁸ CUEILLE Sandrine, DEVREESE Emmanuel, Novembre/Décembre 2012, « Rapprochement sanitaire et médico-social ? Une nouvelle donne ? » Cahiers de L'Actif N°438-439, p108 et p109

dispositif lourd et couteux, partout où de la coopération est nécessaire. Du reste nous avons vu que selon la DGOS : « *Les évolutions en cours (rémunérations de la coordination, système d'information partagé, protocolisation des parcours, etc.) permettent de penser qu'à terme la coordination des soins sera réalisée par les effecteurs de soins eux-mêmes.* »⁶⁹

Pour autant, si un dispositif léger, ayant une position neutre de tiers, pouvait être mis en place, il semble qu'il faciliterait la complémentarité des accompagnements et donc leur qualité, tout en améliorant l'efficacité des dispositifs. Dès lors, son coût serait neutralisé. Dans cette recherche des modalités d'amélioration à moindre coût, j'ai rencontré les coordinatrices de deux dispositifs originaux, que je présente ci-après : un réseau de santé et un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), spécialisé en santé mentale.

B) Le réseau de santé RAP 31 a permis une diminution des hospitalisations

Le Réseau Adolescence Partenariat 31 (RAP31) s'est fixé comme objectif « *d'améliorer la prise en compte des difficultés psychiques des adolescents dans toutes leurs dimensions, y compris leurs intrications somatiques et sociales, par la mise en place d'un réseau de soins identifié et coordonné, permettant à l'adolescent la prévention, la continuité et la cohérence des soins, tout en assurant la traçabilité dans sa trajectoire.* »⁷⁰

RAP31 est né en 2000 de la volonté des chefs de pôle des trois secteurs de pédopsychiatrie de la Haute Garonne, qui ont créé une instance clinique autour des adolescents dits « difficiles ». A ce moment-là, le réflexe consistait à conduire les adolescents en crise, au service des urgences pédopsychiatriques, ce qui n'était pas satisfaisant. Ce fut un succès, puisque grâce à ce travail d'appui aux professionnels, très rapidement, le nombre d'hospitalisations a baissé. « *Ce qui fait que cela fonctionne bien, c'est que l'on joue le rôle de tiers auprès des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, car nous sommes une association indépendante. Nous soutenons le professionnel et cela aura un impact sur le lien que ce dernier entretient avec l'adolescent.* »⁷¹

Même si le RAP 31 étudie de près chaque situation, il ne rencontre pas directement les adolescents, ni leur famille, mais travaille avec les médecins, psychologues et travailleurs sociaux, auprès desquels il a une double mission : une coordination clinique de premier

⁶⁹ DGOS, Octobre 2012, Guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » Synthèse p2

⁷⁰ Statuts de RAP 31, article 3

⁷¹ DAUBAGNA Dominique, coordinatrice du Réseau RAP31, Avril 2014

recours et une coordination d'appui. *« Lors des réunions, nous constatons que les équipes qui parfois ne sont pas sur les mêmes positions en début de réunion, arrivent, après avoir travaillé ensemble une lecture biographique chronologique, à penser une prise en charge en partenariat et font des propositions innovantes, centrées sur la situation du jeune en particulier. Souvent, ces propositions sortent des sentiers battus de la prise en charge. Des « bricolages concertés et articulés » sont proposés, et chacun repart avec une nouvelle impulsion et un sens retrouvé du travail à mener auprès de ce jeune, en souffrance extrême au moment de la sollicitation du réseau.»*⁷²

Actif depuis 2000, le RAP31 est organisé en Association loi 1901, enregistrée le 20 Septembre 2005, à la Préfecture de la Haute Garonne. Le 1^{er} Juillet 2008, il a été reconnu en tant que réseau de santé, ce qui lui a permis d'obtenir un financement par le FICQS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des soins). Depuis 2011, il est sous l'autorité de l'ARS Midi-Pyrénées.

a) L'intervention de RAP 31 s'organise autour de quatre axes :

Le soutien aux professionnels

- La mission principale du RAP31 est l'inclusion des adolescents difficiles, pour laquelle l'équipe consacre environ 90 % de son temps. En général, le RAP31 est saisi par un professionnel (du secteur sanitaire, ou social ou médico-social, ou de l'éducation nationale ou de la justice) et uniquement si les parents ont donné leur consentement (si le jeune est majeur, il signera l'autorisation). Le premier travail consiste à reconstituer l'histoire du jeune depuis son enfance. Il est réalisé par l'équipe de RAP 31, en articulation avec tous les professionnels qui ont jalonné son parcours. Ces derniers sont ensuite conviés par le réseau, à une réunion d'inclusion, à l'issue de laquelle des propositions de travail concertées sont élaborées. *« Il nous arrive de proposer des prises en charge partagées entre différents dispositifs, par exemple, entre sa famille, la famille d'accueil, l'IME et l'hôpital de jour, ou bien entre l'hôpital de jour, une MECS et un ITEP. Ces jeunes ont rarement des troubles psychiatriques à la naissance, mais leurs histoires de vie sont tellement compliquées, qu'un jour, ils explosent. Il ne faut jamais penser hospitalisation permanente, mais plutôt prise en charge par plusieurs partenaires, avec une circulation concertée.»*⁷³ Le but est de construire un parcours cohérent pour lui et de conserver ou d'initier des liens entre intervenants, afin qu'ils travaillent ensemble. Les professionnels signent la charte du réseau qui impose la confidentialité. Un compte rendu sera envoyé à

⁷² DAUBAGNA Dominique, coordinatrice du Réseau RAP31, Avril 2014

⁷³ DAUBAGNA Dominique, coordinatrice du Réseau RAP31, Avril 2014

chacun d'eux. Par la suite, des réunions de suivi auront lieu pour soutenir ce travail, RAP31 demeurant le fil rouge.

- L'assistance téléphonique aux médecins libéraux : RAP31 garantit à tout médecin libéral qui a besoin d'un conseil, d'être rappelé dans les 24 h, par un médecin du réseau.

La veille sanitaire

Lorsqu'une équipe interpelle le réseau par rapport à une problématique d'actualité (anorexie, ivresses aiguës adolescentes, grossesses adolescentes, passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, etc), des réunions sont mises en place, dont le compte rendu sera envoyé aux participants, parfois rendu public au travers du bulletin du RAP31 et transmis à l'ARS.

L'information et l'échange

Une réunion du RAP Clinique, ouverte à tous les professionnels, se tient mensuellement, pour mettre en commun des informations et découvrir des pratiques innovantes. Le bulletin trimestriel du RAP31 et une journée par an de réflexion, complètent ce dispositif.

Le partenariat avec la Maison des adolescents (MDA) de la Haute Garonne

Le RAP 31 est hébergé par la MDA, dont les missions sont très complémentaires.

b) L'équipe de RAP31 représente 2,6 ETP

La coordinatrice est salariée à temps plein, les autres professionnels intervenant à temps partiel (pédopsychiatre hospitalier, psychiatre, médecin généraliste, secrétaire). Le total représente 2,6 ETP. Et une convention passée avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), permet d'y détacher une éducatrice PJJ et un infirmier (0,5 & 0,1 ETP).

C) Le GCS Santé Mentale et Handicap du Limousin fédère 222 établissements et services

En Limousin, la coopération va encore plus loin, puisqu'en en juillet 2014, le « Groupement de Coopération Santé Mentale et Handicap du Limousin » a réussi à fédérer 56 membres, représentant 222 établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ce qui est spectaculaire, c'est la rapidité avec laquelle ce Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) s'est développé. Puisque à sa création, en Août 2010, il ne rassemblait que 14 membres, au sein du seul département de la Haute Vienne. Mais dès le mois de Décembre 2010, l'ARS a approuvé son extension à toute la région du Limousin et en quatre années, son effectif a été multiplié par quatre. Il rassemble :

- Des établissements publics : 6 Centres Hospitaliers, 2 MDPH, 3 EHPAD, 3 EPDA (Etablissements Publics Départementaux pour Adultes), un ESAT, 2 établissements pour enfants, 2 GCS et 2 GCSMS, 1 établissement de rééducation professionnel ;

- Des établissements privés : des associations gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux, un centre hospitalier privé, des cliniques privées, des fondations, mais aussi des associations d'usagers (AFTC, UDAF 87, UNAFAM 19,23 et 87...).

a) Un impact concret en terme de fluidification des parcours

Son rôle de coordination, au sein d'un groupe aussi vaste, lui permet d'avoir un réel impact en termes de décloisonnement et de fluidité des parcours. Sa coordinatrice résume ainsi cette mission fondamentale : « *Essayer de mettre la bonne personne au bon endroit, par exemple en proposant à des personnes âgées accueillies en foyer de vie, d'aller en établissement pour personnes handicapées vieillissantes, où l'accompagnement sera plus adapté, ce qui libèrera des places au sein du foyer pour des plus jeunes, venant d'IME ou du domicile. Ou bien encore, lorsque se crée une unité pour personne handicapée vieillissante, notre coopération avec la MDPH nous permet d'obtenir une orientation sans délai des personnes vers ce service*⁷⁴ ». Par ailleurs, ce GCS permet aussi d'être une force de proposition reconnue, auprès de l'ARS : « *Quand des besoins importants sont repérés et que le diagnostic est partagé par un grand nombre, alors l'ARS peut proposer une action.* »⁷⁵

b) Une panoplie d'outils :

- 1) Concernant les flux d'usagers et la continuité des prises en charge :
 - Signature de conventions nominatives, dans 3 situations : séjours de contact ; hospitalisations ; prises en charges conjointes. Précisons qu'en cas d'hospitalisation, dès l'entrée, une réunion de synthèse a lieu entre les équipes sanitaires et médico-sociales et à la sortie, un courrier est rédigé, qui précise le traitement recommandé ;
 - Rédaction de protocoles communs et d'évaluations des pratiques communes, sur des sujets transversaux (médicaments, soins sous contrainte, etc...) ;
 - Formations croisées et échanges croisés de compétences (stages d'immersion), entre professionnels, afin d'améliorer les prises en charge communes ;
 - Consultation à distance par visio-conférences : ainsi, pour des patients que le spécialiste connaît déjà et qui sont actuellement en EHPAD éloigné, du fait de la ruralité du département, le psychiatre pourra entrer en contact, d'abord avec le patient, puis avec les équipes et enfin avec le médecin de l'EHPAD. Toutefois la visio-conférence ne remplace pas complètement les consultations qui devront continuer, mais de façon plus espacée ;
- 2) Gestion partagée des métiers dits rares, par mutualisation :
 - Personnels médicaux : psychiatres et pédopsychiatres, médecins généralistes ;

⁷⁴ LABORIE Soizic, Coordinatrice du GCS de Santé Mentale du Limousin, Juin 2014

⁷⁵ PINAULT Olivier, Cadre Supérieur Socio-éducatif, Centre Hospitalier Esquirol de Limoges (87), Juin 2014

- Personnels non médicaux : neuropsychologues ; psychologues ; orthophonistes ; ergothérapeutes, psychomotriciens ;
- 3) Préparation à l'évaluation externe :
 - Rédaction et diffusion aux membres, d'un cahier des charges type pour l'évaluation externe des structures médico-sociales ;
 - Organisation de journées sur l'évaluation externe : avant, pendant et après ;
- 4) Démarche concertée de gestion des risques, avec organisation de visites de risques sur le circuit des médicaments, dans les établissements volontaires ;
- 5) Groupe de travail « accompagnement des personnes handicapées psychiques dans les établissements médico-sociaux » ;
- 6) Groupe de travail « polyhandicap », avec demande à l'ARS de création d'une équipe mobile polyhandicap qui interviendra en soutien, dans les établissements médico-sociaux ;
- 7) Groupe de travail « enfants et adolescents » ;

c) Un hôpital totalement investi

Lorsque l'on demande à la coordinatrice du GCS, ce qui, selon elle, a permis d'arriver à ce résultat, la réponse est très claire : « *Un hôpital porteur et partie prenante à 200 % et des établissements sociaux et médico-sociaux qui n'ont pas peur « de se faire manger » et qui sont prêts à travailler ensemble, en partageant leurs savoir-faire et leurs ressources.* »⁷⁶ C'est ainsi que pour faciliter le recrutement de métiers dits rares, c'est le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges qui embauche, afin de sécuriser les candidats. Leur temps d'intervention sera ensuite facturé aux différents établissements, qui verseront en plus, 1% de ces sommes, pour rémunérer les frais de gestion du personnel et de recrutement.

Moyennant quoi, la structure du GCS est très légère : son budget en 2014, est de 50 000 euros, financés par l'ARS, hors remboursement des personnels mis à disposition et sa seule salariée est la coordinatrice. Son président est un administrateur d'une association gestionnaire et son administrateur est le directeur du CH Esquirol de Limoges.

2.3 A La Soleillade, coordonner acteurs et projets, pour dépasser le cloisonnement

2.3.1 Le SAVS La Soleillade n'échappe pas aux incidences du cloisonnement

L'analyse précédemment développée des incidences du cloisonnement, nous permet d'explicitier au niveau du SAVS La Soleillade, les causes des besoins que j'avais recensés

⁷⁶ LABORIE Soizic, Coordinatrice du GCS de Santé Mentale du Limousin, Juin 2014

dans le 1.3.4 et le 1.3.5, concernant à la fois les personnes souffrant de troubles psychiatriques, mais aussi les travailleurs sociaux qui les accompagnent.

A) Au sein du SAVS, l'absence de professionnels de santé est pénalisante

L'équipe pluridisciplinaire qui est prévue pour les SAVS dans le décret du 11 Mars 2005⁷⁷ (article D.312-155-8), ne comprend pas d'équipe médicale. Ainsi, le SAVS La Soleillade ne fait pas intervenir de professionnels de santé, à l'exception d'un psychiatre du Bon Sauveur, qui intervient seulement 3h par semaine, en appui des équipes. Son intervention est très appréciée par les travailleurs sociaux, mais elle reste courte et ne lui donne pas l'occasion de rencontrer des usagers, sauf exceptionnellement, en cas de crise.

Or l'intégration de professionnels de santé permettrait de mieux accompagner les personnes, tout d'abord par rapport à leur maladie mentale, mais aussi par rapport aux autres pathologies. Car nous avons vu qu'en 2013, sur la totalité des 113 personnes qui toutes présentaient des déficiences intellectuelles, 79 d'entre elles (70%) présentaient des troubles psychiatriques et une trentaine, souffrait de pathologies diverses : troubles endocriniens, cancers, diabète, troubles neurologiques et troubles musculo squelettiques.

Pour pouvoir intégrer du personnel de santé, j'évoquerai ultérieurement la possibilité de transformer partiellement le SAVS en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH). Par rapport aux personnes handicapées psychiques, ce dernier permettrait notamment :

- 1) Pour les personnes non prises en charge : il faciliterait l'entrée dans le soin psychiatrique des personnes réticentes ou en déni de la maladie ;
- 2) Pour les personnes déjà suivies, il permettrait à la fois :
 - d'avoir en interne un professionnel habilité à connaître la pathologie de la personne, car cette information, qui relève du secret professionnel peut toutefois être partagée entre professionnels de santé, sauf avis contraire de l'utilisateur (Article L. 1110-4 du code de la santé publique) ;
 - d'avoir une fonction de veille : par rapport à l'observance de leur traitement, mais aussi par rapport à leur participation aux rendez-vous et aux séances de psychothérapie ;
 - de sensibiliser les personnes à la connaissance de leur pathologie ;
- 3) La lecture clinique des symptômes des pathologies, par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier, permettrait à la fois :

⁷⁷ Décret N°2005-223 du 11 Mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et des SAMSAH, www.legifrance.gouv.fr

- pour tout usager, de pouvoir être entendu rapidement s'il en ressent le besoin ;
 - en cas de crise, de pouvoir bénéficier d'une prise en charge en amont, afin de limiter les hospitalisations ;
 - pour les travailleurs sociaux, de les éclairer sur les conduites à tenir et de limiter ainsi leur sentiment d'étrangeté ;
- 4) Pour les services de la Fondation du Bon Sauveur, un interlocuteur « soins » serait repéré au sein du SAMSAH, qui faciliterait ainsi grandement les échanges d'information entre les deux entités;

De plus, par rapport aux personnes souffrant d'autres pathologies (parfois cumulées aux troubles psychiatriques), dans un SAMSAH, la mise en œuvre de soins somatiques serait également facilitée.

B) Les échanges d'information entre 5 dispositifs différents, sont complexes

Au quotidien, les personnes handicapées psychiques accompagnées à La Soleillade ne subissent pas uniquement le cloisonnement entre deux secteurs, mais également la difficulté de faire travailler ensemble les acteurs de cinq dispositifs (ou groupes de services) différents et présentés en annexe ⁷⁸ : le SAVS ; les CMP de Carmaux ou d'Albi ; les hôpitaux de jour de Carmaux ou d'Albi ; le service des urgences de l'hôpital (le SAUS) ; le pôle intra hospitalier qui comprend 4 services (les unités d'admission ouvertes, les unités d'admission fermées, les unités semi-contenantes, l'unité de réhabilitation psycho-sociale). Cette multitude d'acteurs et l'absence d'un interlocuteur privilégié au sein de chaque service, explique deux des besoins recensés dans le 1.3.5 : le besoin d'une meilleure circulation de l'information entre la Fondation du Bon Sauveur et le SAVS ; le manque de temps d'échange avec les CMP et les hôpitaux de jour, car la présence d'un CMP et d'un hôpital de jour sur Carmaux, mais aussi sur Albi, multiplie le nombre de réunions, très chronophages.

C) Les savoir-faire de chaque secteur, sans se substituer, doivent se croiser

Nous avons vu que ce qui fait la richesse de chacun des deux modes d'accompagnement est sa spécificité, laquelle les rend complémentaires. Il ne s'agit donc pas de vouloir les substituer l'un à l'autre. Pour autant, la méconnaissance des pathologies par les travailleurs sociaux et plus particulièrement par les Conseillères en Economie Sociale et Familiale (CESF), majoritaires au sein de l'équipe, est pénalisante. Lors des réunions de synthèse autour d'une situation, celles-ci ont du mal à interpréter les symptômes qu'elles repèrent au quotidien du fait de leur proximité avec les personnes. Elles peinent alors à

⁷⁸ Annexe 5: Organigramme de La Fondation du Bon Sauveur

les rapporter au psychiatre. Il paraît donc indispensable de les former aux caractéristiques des pathologies et de leurs symptômes.

D) Les délais pour obtenir une consultation en CMP sont parfois longs

Même si ce constat résulte de la baisse du nombre de psychiatres en France, et non pas du cloisonnement entre secteurs, il mérite d'être énoncé, car il complique la coordination du projet de vie avec le projet de soins.

En effet, à la différence de la ville de Toulouse, dans le bassin de Carmaux, une personne qui souhaite être suivie, arrive à trouver un psychiatre ou un psychologue pour cela. Mais les délais pour obtenir une consultation en CMP, peuvent parfois atteindre 3 mois. Dès lors, quand les travailleurs sociaux sont enfin parvenus à convaincre la personne de consulter, le rendez-vous ne peut être organisé rapidement. Aussi, lorsque la date du rendez-vous arrive, celle-ci n'est plus disposée à s'y rendre. Tout est à recommencer.

Cette analyse des diverses incidences du cloisonnement sur les besoins des personnes handicapées psychiques et de l'équipe qui les accompagne, m'amène à proposer trois axes stratégiques, pour dépasser les contraintes qui en découlent.

2.3.2 Les axes stratégiques pour dépasser le cloisonnement au sein du SAVS

A) A court terme, transformer une partie du SAVS en SAMSAH

Pour sursoir à l'absence de professionnels de santé au sein du SAVS, la mission dévolue aux SAMSAH serait mieux adaptée à la population que nous accompagnons. En effet, pour ces services, l'article D.312-155-11 du décret 2005-223 du 11 Mars 2005⁷⁹, prévoit en plus de la mission confiée aux SAVS :

- « *La dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre ;*
- *Un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel. »*

Pour ce faire, dans les SAMSAH, l'article D.312-155-12 impose, en plus des professionnels du SAVS, tout ou partie des professionnels suivants : des auxiliaires médicaux régis par le livre III de la 4^{ème} partie du Code de la Santé Publique (notamment des infirmiers) ; des aides-soignants. Par ailleurs, dans tous les cas, cette équipe comprend ou associe un médecin.

⁷⁹ Décret N°2005-223 du 11 Mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et des SAMSAH

Mais depuis la loi HPST du 21 Juillet 2009⁸⁰, la création ou la transformation de places au sein d'un établissement ou d'un service social ou médico social, nécessite au préalable d'avoir été proposée par l'organisme financeur, au travers d'une procédure d'appel à projet. Il existe quelques rares exceptions à cette règle : quand les établissements et services sociaux et médico-sociaux ne font pas appel à des financements publics ; ou encore pour les extensions de structures existantes, lorsqu'elles ne dépassent pas 15 places et 30 % de la capacité initiale. Or la transformation de places de SAVS en SAMSAH n'est pas une extension. Elle nécessite une modification d'agrément et donc une procédure d'appel à projet. Je veillerai donc à positionner le SAVS, par rapport aux futurs appels à projet SAMSAH, qui sortiront dans le cadre de la programmation 2012-2016 du PRIAC.

Ainsi le SAMSAH organise-t-il un début de décloisonnement, au sein même du service. Toutefois, à lui seul, il ne permet pas de dépasser tous les obstacles : « *Aussi, la création d'un service d'accompagnement s'adressant à des personnes en situation de handicap d'origine psychique (SAVS ou SAMSAH) ne peut s'envisager que dans le cadre d'une psychiatrie de secteur à même d'exercer toute sa mission, notamment dans le cadre d'actions partenariales.* »⁸¹ Cette nécessité de faire vivre un partenariat est également mise en avant dans la recommandation de l'ANESM intitulée « *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* », notamment dans la troisième partie : « *Inscrire l'établissement ou le service dans le paysage partenarial* »⁸². C'est pourquoi, en deuxième axe stratégique, j'envisage de transformer notre coopération avec La Fondation du Bon Sauveur, en véritable partenariat, et ce, même si à terme nous pouvions médicaliser une partie des places, au travers d'un SAMSAH.

B) A moyen terme, transformer la coopération avec l'hôpital, en véritable partenariat

Voici les 4 thèmes, que je souhaite développer, en partenariat avec la direction des ressources humaines de La Fondation du Bon sauveur, pour dépasser les difficultés précédemment énoncées :

- 1) Formaliser un échange d'informations autour des allers et venues de la personne.
Cette nécessité est particulièrement prégnante quand celle-ci est en crise et donc

⁸⁰ Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, www.legifrance.gouv.fr

⁸¹ PEINTRE Carole, Mars/juin 2012, « Le service d'accompagnement (SAVS ou SAMSAH) dédié aux personnes en situation de handicap d'origine psychique » Cahiers de l'Actif N°430 à 433, p76

⁸² ANESM, Juillet 2013, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée », p73

amenée à consulter le service des urgences qui pourra l'aiguiller vers une hospitalisation, avant de revenir à son domicile où intervient le SAVS ;

- 2) Enrichir les apports théoriques auprès des équipes grâce à un éclairage clinique par un professionnel, à de la formation et à des échanges croisés entre secteurs ;
- 3) Accroître le temps d'échange avec les équipes du CMP et de l'hôpital de jour ;
- 4) Repérer un interlocuteur privilégié au sein de chaque service et recenser l'ensemble des acteurs ;

C) A long terme, envisager l'utilisation d'outils et de dispositifs innovants

- 1) Envisager le partage d'informations numériques entre La Soleillade et la Fondation du Bon Sauveur ;
- 2) Réfléchir à l'intervention d'un tiers pour faciliter et accélérer le processus de partenariat entre La Fondation du Bon Sauveur et La Soleillade ;

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Pour accompagner au mieux la personne handicapée psychique, il est nécessaire de lui proposer une prise en charge médicale, pour stabiliser les symptômes de sa maladie, mais aussi un accompagnement social (ou médico-social) qui, en lui ouvrant des perspectives de vie dans la cité, a un effet thérapeutique réel. Pour être à la pointe de la performance, ceux-ci sont mis en œuvre par des acteurs aux savoir-faire différenciés : le secteur sanitaire d'une part et le secteur social (ou médico-social) d'autre part. Mais pour elles, le projet de vie et le projet de soins ayant une action l'un sur l'autre, ils doivent être concomitants et coordonnés. Ils ne doivent pas être successifs.

Or cette simultanéité est difficile à garantir au quotidien, puisque les professionnels qui mettent en œuvre ces projets, évoluent dans des secteurs distincts et cloisonnés. Certes, les pouvoirs publics encouragent le décroisement. Mais ils ne sont pas encore allés au bout de cette logique : le modèle économique n'est pas bien adapté à la logique de parcours, le manque de psychiatres allonge les délais, la différence de culture et l'histoire viennent complexifier le tout. Et pour finir, les acteurs apprécieraient parfois l'aide d'un tiers, pour faciliter ce partenariat.

Après avoir mesuré les incidences de ce cloisonnement dans le SAVS La Soleillade - au sein duquel j'assume la fonction de chef de service - j'ai présenté les grands axes de travail que je souhaite suivre, pour dépasser ces difficultés. La troisième partie sera consacrée à leur déclinaison, en plan d'action.

3 COORDONNER PROJET DE VIE ET PROJET DE SOINS, EN CREANT UN SAMSAH ET EN PILOTANT UN PARTENARIAT SUR LE TERRITOIRE

3.1 Impulser une nouvelle dynamique en bâtissant deux projets, et en s'ouvrant à l'innovation

En tant que directrice adjointe du Centre La Soleillade, assumant par ailleurs le rôle de chef de service au sein du SAVS, cette troisième partie va me permettre de présenter ma stratégie pour atteindre trois objectifs :

- Faire entrer le soin au plus près des personnes handicapées psychiques que nous accompagnons ;
- Soutenir l'équipe par mon engagement à mettre en œuvre des actions et par ma volonté d'associer les professionnels à la construction de réponses ;
- Ouvrir de nouvelles perspectives à long terme, en s'intéressant à des dispositifs innovants ;

La volonté sous-jacente étant d'impulser une dynamique, et de continuer à l'alimenter par la suite, en impliquant chacun des membres de l'équipe.

Pour cela, je souhaite donner du sens à notre action en ramenant sans cesse notre travail aux besoins des personnes handicapées psychiques. Mais je tiens aussi à lui donner une direction, un cap, en la projetant d'abord à court et moyen terme au travers de la construction commune d'un SAMSAH et de la montée en puissance de notre partenariat avec La Fondation du Bon Sauveur, puis à long terme, par la mise en place de réponses novatrices.

Tout au long de cette troisième partie, je m'appliquerai à exposer :

- Comment je souhaite répondre aux besoins des personnes handicapées psychiques, énoncés dans la première partie de ce mémoire, puis analysés dans la deuxième ;
- Comment je mobilise l'équipe pour construire ces projets, en limitant les résistances au changement qui pourraient poindre ;

Concernant ce deuxième point, je voudrais dès à présent présenter la démarche que j'ai construite pour y parvenir, en précisant les outils que je souhaite utiliser. Durant la construction des projets de SAMSAH et de partenariat, je me suis appuyée sur un style de management très participatif, afin de mobiliser tous les professionnels et d'enrichir les contenus. Par la suite, pour la phase opérationnelle de leur mise en œuvre, j'adopterai un mode de management plus directif. Cette démarche comprend 7 étapes importantes :

A) Partir des besoins des travailleurs sociaux pour accomplir leur mission et notamment des difficultés qu'ils rencontrent. Je poursuis ainsi trois objectifs :

- Cerner au mieux leurs besoins, afin d'arriver à terme : à limiter les phases d'épuisement ; à rechercher la pertinence de leur intervention et à travers elle, leur épanouissement ;
- Montrer ma volonté d'entendre les salariés, pour cultiver un climat de confiance et de coopération qui sera indispensable à la réussite de nos projets ;
- Par ce biais, commencer à faire entrer l'équipe dans les projets ;

« Le travail de mobilisation est amorcé dès la phase de recueil et d'émergence des besoins, individuellement et en équipe. Le questionnement à partir des situations de travail est un atout pour la motivation des personnels. Le recueil de l'adhésion des personnels favorise l'implication en formation et en analyse des pratiques. »⁸³ A ce sujet, le débriefing que j'ai organisé avec l'équipe, concernant un événement récent et très significatif, n'a fait que conforter son intérêt vis à vis du projet de SAMSAH.

Cet incident souligne à quel point les travailleurs sociaux peuvent parfois se trouver en difficulté, dans leur mission d'accompagnement des personnes handicapées psychiques. Aussi, il a fait l'objet d'un compte rendu écrit : *« Au printemps 2014, Mme E., éducatrice spécialisée est rentrée d'une intervention à domicile en déclarant à ses collègues de travail « J'ai failli passer sous le train. » Elle a alors expliqué qu'elle a rencontré en début d'après-midi une personne accompagnée par le SAVS dont elle a la référence (Mme P.), qu'elle est ressortie de cet entretien très mal, qu'elle a enchaîné une autre intervention à domicile en suivant et qu'en sortant, elle n'a pas vu que les barrières du passage à niveau étaient baissées. Elle a traversé à pied la voie ferrée, alors que le train arrivait sur elle. Elle était bien évidemment sous le choc de ce qui venait de se passer et a expliqué que Mme P. a déchargé sur elle avec une grande puissance : discours de rejet, contre-transfert massif, car aux yeux de Mme P., elle est la cause de tous ses maux. »*

Lors du débriefing, Mme E. a pu dire que c'était l'évènement de trop dans un contexte actuel très sombre lié à l'enchaînement de situations lourdes de par la pathologie psychique des personnes accompagnées ou de par la souffrance rencontrée par ces dernières (fin de vie, cancer, tentative de suicide ...). Cet incident fût un révélateur de l'impérieuse nécessité de faire évoluer notre accompagnement, pour l'adapter à la progression du handicap psychique. Aussi, à la suite de celui-ci, j'ai programmé quatre

⁸³ ANESM, juillet 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels, au regard des populations accompagnées », p21

de mi-journées, avec l'ensemble des travailleurs sociaux du SAVS et avec le psychiatre de l'hôpital du Bon Sauveur, pour décrire dans le détail, à la fois, les besoins de cette population auxquels nous ne répondons pas de façon satisfaisante, mais aussi, quelles sont les attentes des professionnels pour progresser dans cet accompagnement.

Par ailleurs, il est de ma responsabilité de directrice adjointe d'assurer la sécurité des salariés, par la prévention des risques psycho-sociaux, en référence à notre document unique d'évaluation des risques (DUER). *« La violence peut, au sein des structures, prendre des formes très variées – physique, verbale ou psychologique, active ou passive, ponctuelle ou répétitive – et peut émaner des professionnels et des usagers. Il est recommandé que, quelles que soient sa forme et sa gravité, toute forme de violence en établissement fasse l'objet d'une intervention immédiate, de jour comme de nuit, et de manière adaptée par le professionnel présent. Il est préconisé ensuite que l'événement fasse l'objet d'un écrit, puis d'une analyse distanciée dans le temps, afin d'en repérer les origines et d'en rechercher collectivement des mesures correctrices, dans une volonté de prévention et de compréhension. »*⁸⁴

B) Communiquer à l'équipe mes objectifs et mon engagement à rechercher des moyens supplémentaires, au travers des projets de SAMSAH, et de partenariat

- Afficher ma volonté de parfaire l'accompagnement des personnes handicapées psychiques ;
- Rappeler l'engagement de l'ASEI, à définir le projet de vie de la personne - dont le SAVS est garant - comme le socle de son parcours ;
- Indiquer que j'ai entendu et compris leurs besoins : notamment le fait que l'équipe travaille en flux tendu, à cause d'un faible taux d'encadrement et que dans ce contexte, l'accompagnement des personnes handicapées psychiques se révèle encore plus complexe ;
- Au sujet de ces difficultés d'accompagnement, vécues parfois comme des échecs, inviter les personnes à prendre du recul et à ne pas se culpabiliser. Il s'agira alors d'acter que les travailleurs sociaux ne peuvent à la fois être dans le prendre soin et dans le soin. Ils s'improvisent parfois dans le soin par manque de soignants, mais ils n'en n'ont ni les attributions ni les compétences. Ils augmentent alors leur stress et en oublieraient presque leur véritable rôle, pour lequel ils deviennent moins efficaces ;
- Expliquer que pour ces raisons, je souhaite faire entrer le soin au plus près de notre service, pour amener une meilleure lisibilité dans le champ des compétences requises. Et que pour y parvenir, je rechercherai des financements : tout d'abord au

⁸⁴ ANESM, Juillet 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », p 27

travers du SAMSAH pour recruter des professionnels de santé ; mais aussi au sein du SAVS, pour recruter et réorganiser l'équipe, augmenter le temps de psychiatre, diversifier notre mode d'intervention, former les professionnels et développer l'analyse des pratiques ;

- Rappeler les deux recrutements récents qui concrétisent l'engagement de la direction : ainsi, malgré une période de financements contraints, en 2014, le SAVS a pu embaucher deux temps partiels (secrétaire à 0,41 ETP et une CESF à 0,5 ETP);

C) **Construire les projets de SAMSAH et de partenariat avec l'équipe**

- Afin qu'ils soient nourris et donc plus pertinents ;
- Car à travers sa participation au projet, le professionnel s'engage dans le management stratégique et social du service, ce qui est très stimulant pour lui ;
- Parce qu'il permet de clarifier le rôle de chacun, et d'en souligner l'importance, à l'image d'une chaîne, dont la force est conférée par chacun de ses maillons ;
- Car il synchronise une démarche à la fois individuelle du professionnel et collective, en mettant en synergie les compétences et motivations des uns et des autres ;

« Le concept de projet est vital dans toute pratique institutionnelle : vital pour la mobilité ; vital pour que le doute, l'interrogation et le risque aient leur place dans la réalité de l'entreprise ; vital enfin pour permettre une cohérence de points de vue entre les politiques et les techniciens salariés. Le projet - son contenu, sa force, sa pertinence - ne sort pas de la tête du seul directeur. Il est la résultante de l'ensemble des regards portés par les différents acteurs sur le dispositif médicosocial, en fonction de leurs intérêts professionnels et personnels, à court ou moyen terme. »⁸⁵

D) **Responsabiliser les professionnels en précisant leur fonction et leurs objectifs**

Si nous sommes retenus dans le cadre du projet SAMSAH, alors, il s'agira de faire évoluer divers postes. Ainsi, plusieurs professionnels basculeront en tout ou partie vers ce nouveau service : des travailleurs sociaux du SAVS, mais aussi une infirmière et un ou deux aides-soignants venant du SSIAD et enfin, une psychologue de l'ESAT Caramantis. Par ailleurs, des restructurations devraient intervenir au sein de l'équipe en place dans le SAVS. Il s'agira alors de redéfinir les attributions respectives par le biais de nouvelles fiches de poste. Par ailleurs, les entretiens individuels permettront de redéfinir les objectifs de chacun dans cette nouvelle organisation. Au départ ils devront être plus rapprochés pour permettre d'effectuer divers ajustements.

⁸⁵ MIRAMON Jean-Marie, Juillet 2009, « Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », Presses de l'EHESP, Rennes, p69

E) Former, Soutenir et Stimuler

- Former : la formation permet d'une part de faire évoluer les connaissances des professionnels et donc d'adapter leur intervention aux nouveaux besoins. Elle renforce donc la performance du service. Mais c'est aussi un facteur de développement personnel et professionnel du salarié. En outre, elle sert son évolution de carrière. Pour ces deux raisons, elle est stimulante.
- Renforcer le soutien aux professionnels en intensifiant l'analyse des pratiques ;
- Tirer parti d'expériences appréciées des professionnels, telles que la coopération avec la Fondation du Bon Sauveur, car ce travail est enrichissant à leurs yeux ; Comme nous le verrons dans le 3.3, la coopération entre les établissements et services de l'ASEI et La Fondation du Bon Sauveur, a connu de réels progrès ces dernières années. Du reste, je suis régulièrement invitée lors de réunions, pour témoigner de notre expérience en la matière. A l'occasion de l'une d'elles, en Janvier 2014, outre l'intérêt de l'auditoire pour ces questions, j'ai pu mesurer à quel point, les professionnels du SAVS qui y ont participé de façon massive, se reconnaissent dans ce « vaste ouvrage » consistant à tisser des liens avec les professionnels de santé, à échanger avec eux sur leurs pratiques, à faire circuler les informations, pour accompagner au mieux les personnes handicapées psychiques. Conscients de la position « avant-gardiste » de La Soleillade en la matière, chaque nouvelle avancée est gratifiante à leurs yeux.

F) Innover pour anticiper les réponses aux futurs besoins et entretenir une dynamique

Il est important qu'un directeur recherche par anticipation des réponses aux futurs besoins des personnes handicapées et par voie de conséquence, des travailleurs sociaux. Ceci afin que le service soit opérationnel lorsque la demande sera clairement formulée. Cela lui confère une meilleure réactivité. Mais en plus, cela permet qu'il soit repéré pour son caractère innovant, par les personnes accompagnées et par les financeurs. Enfin, point important en terme de management, pour les professionnels, le fait que leur dispositif soit ainsi repéré, signe la reconnaissance de leur implication. Aussi, ils sont volontiers partie prenante, lorsqu'il s'agit d'innover.

Par ailleurs, les travailleurs sociaux du SAVS comprennent peu à peu, que les financements du secteur sont contraints, mais qu'en même temps, la population accueillie change, sous la double influence de la réglementation, mais aussi du développement des pathologies psychiatriques dans notre société. Dès lors, si le directeur souhaite continuer à garantir un accompagnement de qualité à un coût maîtrisé, il doit être à l'affût de tout ce qui a pu être expérimenté avec succès, pour tenter de l'adapter à son dispositif.

G) Améliorer sans cesse la qualité du service rendu à l'utilisateur

L'analyse des besoins des personnes accueillies et des attentes des travailleurs sociaux pour progresser dans l'accompagnement s'inscrit pleinement dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, mise en œuvre au sein de La Soleillade. Le premier travail sur ce thème remonte à 2004 et a été piloté par le cabinet CAPFOR, en vue de créer une labellisation. Depuis, ce cabinet a accompagné l'ensemble des professionnels de l'ASEI dans l'élaboration d'un référentiel qualité inter-associatif (ASEI, ADAPT, APF, OVE). Celui-ci a notamment été utilisé lors des évaluations internes et externes de La Soleillade, en 2012. Parmi les axes d'amélioration, l'évaluation interne pointait « *La mise en place d'une réflexion clinique autour de l'accompagnement d'utilisateurs présentant des troubles psychiques.* ». Lors de la prochaine évaluation interne, je mesurerai avec l'équipe, le travail que nous aurons réalisé et celui qu'il nous restera à accomplir.

3.2 Introduire le soin dans l'accompagnement, en répondant à l'appel à projet SAMSAH

3.2.1 Saisir l'opportunité de médicaliser 15 places de SAVS

Dès 2013, j'ai repéré dans le calendrier prévisionnel des appels à projet médicaux-sociaux de la compétence conjointe de l'ARS Midi-Pyrénées et du Conseil Général du Tarn, que ces deux organismes prévoyaient la transformation de 15 places de SAVS en SAMSAH, sur le bassin de santé d'Albi (dont dépend La Soleillade), au travers d'un appel à projet, à paraître fin 2013. Dès lors, j'ai convaincu le directeur de La Soleillade de nous rapprocher du directeur Général de l'ASEI et de son président, ainsi que de la personne chargée du développement au sein de cette association, pour leur soumettre les constats précités et pour étudier ensemble l'intérêt de se porter candidat.

Très rapidement, il nous est apparu qu'il fallait postuler à cet appel à projet et ceci pour 3 raisons. Tout d'abord comme nous l'avons vu, la présence de professionnels de santé au sein du SAVS permettrait de répondre à divers besoins énoncés précédemment. Ensuite, d'un point de vue stratégique, pour l'ASEI qui ne possède aucun SAMSAH, il serait important de pouvoir acquérir une première expérience de conduite d'un tel établissement. Enfin, la modification d'agrément et le financement de nouvelles places (sauf pour les extensions en dessous de certains seuils), sont désormais conditionnés par sa planification au sein du SROMS, déclinée au niveau du PRIAC, traduite ensuite en appel à projet. Aussi, si nous ne saisissons pas cette opportunité, le SAVS n'aura pas d'autre possibilité de recruter des professionnels de santé.

C'est pourquoi, avant même la parution définitive de cet appel à projet, le directeur de La Soleillade a informé les représentants du personnel de la volonté de la direction d'y

répondre. Il a également consulté le CVS de l'établissement La Soleillade. Ce dernier a validé cette perspective. Notons toutefois que dans le cadre du SAVS, le CVS est plus difficile à mobiliser que dans un foyer par exemple. Ceci s'explique notamment par le fait que les personnes accompagnées par le SAVS vivent chez elles, alors que les personnes hébergées à La Soleillade se sentent beaucoup plus concernées par la vie du foyer.

Par la suite, j'ai réuni tous les professionnels de l'équipe, pour leur expliquer les enjeux liés à la mise en place d'un tel service et pour recueillir leur réaction. Des inquiétudes sont apparues : comment serait assurée la coordination entre les professionnels de santé et l'équipe de travailleurs sociaux ? Quels métiers retenir au sein de cette nouvelle équipe ? Sera-t-elle installée dans les mêmes locaux ? Mais très rapidement, l'ensemble du personnel éducatif a vu l'intérêt d'enrichir le SAVS de nouvelles compétences, pour faire entrer le soin dans l'accompagnement. Aussi, dès sa sortie en Mai 2014, nous avons travaillé ensemble à construire ce projet, que nous avons déposé en Août 2014, la réponse devant nous être communiquée avant le 26 février 2015.

3.2.2 Notre candidature à l'appel à projet SAMSAH sur le bassin de santé d'ALBI

A) Le contenu de l'appel à projet

Quel que soit le type de handicap (psychique, mental, moteur,...), le SAMSAH répond aux besoins de parcours individualisés, en favorisant le décroisement au plus près de l'utilisateur, facilitant son maintien à domicile. En réunissant le soin et l'accompagnement social, il facilite la coordination du projet de vie et du projet de soins. Cet axe étant tracé, le SROSM, s'attache à le décliner en priorité dans les bassins de santé pour lesquels le taux de prise en charge est le plus bas. La Région Midi-Pyrénées présente un taux d'équipement en places autorisées de SAMSAH, de 0,18 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans. Mais le département du Tarn présente seulement un taux de 0,15 et au sein de celui-ci, le bassin de santé d'Albi affiche un taux de 0,07, largement inférieur à celui des deux autres bassins de santé du département (0,20 et 0,22). Par ailleurs, les 6 places de SAMSAH présentes sur le bassin d'Albi, concernent toutes le handicap psychique et nullement les autres formes de handicap.

NOMBRE DE PLACES EN SAVS ET SAMSAH DANS LE TARN, EN 2014				
Nombre de places par bassin	SAVS généraliste	SAVS dédié au handicap psychique	SAMSAH généraliste	SAMSAH dédié au handicap psychique
Bassin 1 : Albi	130	20		6
Bassin 2	96	20	7	8
Bassin 3	62			7
TOTAL DANS LE TARN	288	40	7	21

Afin de rééquilibrer ces taux d'équipement, par rapport au taux régional, mais également au sein du territoire, l'ARS Midi Pyrénées et le Conseil Général du Tarn ont proposé sur le Bassin d'Albi, la création de 15 places de SAMSAH, par transformation de places de SAVS, mais en distinguant deux volets ⁸⁶:

- 1) Sous-projet N°1 : 10 places pour adultes handicapés présentant tout type de handicap, hors handicap psychique, bénéficiant d'une notification d'orientation par la MDPH ;
- 2) Sous-projet N°2 : 5 places pour adultes handicapés présentant un handicap psychique, bénéficiant d'une notification d'orientation par la MDPH ;

Le ou les SAVS qui seront retenus bénéficieront d'un budget soins versé par l'ARS, qui leur permettra, proportionnellement au nombre de places obtenues, de pouvoir recruter des professionnels de santé. En revanche, le Conseil Général ne délivrant pas de nouveau financement, ils n'auront pas la possibilité de recruter de travailleurs sociaux. Au niveau de La Soleillade, cela signifie que si l'établissement obtenait la transformation de 15 places, à terme, les 100 personnes accompagnées en moyenne se répartiraient, pour 85 d'entre elles dans le SAVS et pour les 15 autres, dans le SAMSAH. Pour bénéficier de ce service, les personnes devront se voir attribuer une orientation spécifique, différente de l'orientation en SAVS. En effet, le SAMSAH bénéficierait d'un agrément différent.

B) La décision de candidater

Dans le présent mémoire, j'ai fait le choix de me concentrer sur les personnes souffrant de troubles psychiques au sein du SAVS, du fait des problèmes que soulève l'accompagnement de ces populations et du fait que 70 % des usagers (79 sur 113) souffrent de ces pathologies. Pour autant, il est important de rappeler que la totalité des 113 personnes accompagnées, présente une déficience intellectuelle légère ou moyenne. Et nous avons vu qu'au sein des 79 personnes, 15 présentent des troubles psychiatriques particulièrement sévères, qui constituent la première cause de leur handicap.

D'autre part, nous avons également vu dans le 1.3.1, qu'une trentaine de nos usagers, souffrent de pathologies diverses : troubles endocriniens, cancers, diabètes, troubles neurologiques et troubles musculo-squelettiques. Ces personnes nécessitent de la part des travailleurs sociaux du SAVS, des transferts réguliers auprès des professionnels de santé et une coordination des soins. Par ailleurs, par rapport au thème de ce mémoire, plusieurs d'entre elles souffrent de pathologies psychiatriques associées.

Dès lors, le directeur de La Soleillade et moi-même avons proposé au directeur de l'ASEI et au service développement, de candidater à la fois pour les 5 places de SAMSAH dédié

⁸⁶ Annexe 9 : Cahier des charges de l'appel à projet pour la création de 15 places de SAMSAH, par transformation de 15 places de SAVS, dans le Tarn, 2014

au handicap psychique et pour les 10 places de SAMSAH généraliste, option qui a été retenue. Toutefois, comme le recommande l'appel à projet, afin d'accroître nos chances d'obtenir au moins un des deux sous-projets, nous avons choisi de construire deux sous-projets qui soient réalisables indépendamment l'un de l'autre. En effet, si nous avons présenté qu'un seul projet de 15 places, et que notre note eut été inférieure à celle obtenue par un autre candidat pour un seul des sous projets, nous aurions pris le risque de ne pas être retenus.

Rappelons que le prix de journée au SAVS La Soleillade est le plus bas du département : 20,23 € en 2014, qui correspond à un budget annuel à la place de 7 383 €. Du fait de ce budget contraint, notre taux global d'encadrement est sensiblement inférieur à la moyenne nationale et l'équipe travaille en flux tendu. Si bien que lorsque des complications concernant les usagers se succèdent (décès, cancers, divorces, décompensations, voire tentatives de suicide), les professionnels peuvent se retrouver en difficulté. Mais si nous pouvions obtenir la médicalisation de places, alors chaque personne ainsi accompagnée, bénéficierait en plus de ces 7 383 euros, d'un budget soins annuel proche de 13 886 euros (plafond autorisé dans cet appel à projet). Ainsi, les moyens consacrés à son accompagnement seraient quasiment triplés, passant de 7 383 euros à 21 269 euros, ce qui est de nature à le consolider et à conforter les équipes.

C) Les projets que nous avons présentés

J'ai choisi de résumer ci-après les caractéristiques essentielles des deux sous-projets que nous avons présentés, car même si nous obtenions la création de 10 places en SAMSAH généraliste, ce service serait précieux pour accompagner les personnes qui souffrent de pathologies somatiques, et dont certaines présentent des pathologies psychiatriques associées.

a) Sept sites d'intervention pour couvrir le bassin de santé d'Albi

Dès le début de nos réflexions concernant le rayonnement de notre intervention, j'ai émis le souhait d'être représentés sur diverses communes du bassin d'Albi, pour y construire un maillage, au plus près des besoins des personnes. Le directeur de La Soleillade a adhéré à cette idée et m'a aidée dans mes démarches pour obtenir la mise à disposition de locaux à titre gracieux, dans diverses communes du bassin de santé. Ainsi, l'intervention du SAMSAH s'effectuera principalement dans les lieux de vie de la personne adulte handicapée (domicile, lieux professionnels, lieux de socialisation : de loisirs, de sports, de soins, ...) et lorsque cela est nécessaire (thérapie de groupe, groupe de parole, nécessité d'équipement spécialisé), dans des locaux situés à proximité de leur domicile :

- Site principal de Blaye les Mines, propriété de l'ASEI ;
- Lieu d'accueil de la parentalité, à Saint-Benoit de Carmaux, propriété de l'ASEI ;

- Antenne à Albi, mise à disposition à titre gracieux par la Fondation du Bon Sauveur ;
- Antenne à Cordes, mise à disposition à titre gracieux par la maison de retraite ;
- Antennes à Tanus, Monestiés et Pampelonne, mises à disposition à titre gracieux par les mairies respectives ;

b) Les projets de service

Pour chacun des deux sous-projets, le projet de service comprend à la fois un volet social et un volet médical. En voici les principales caractéristiques :

Le volet social commun au SAMSAH généraliste et au SAMSAH spécialisé

Le volet social du projet de service du SAMSAH généraliste correspond au projet de service du SAVS La Soleillade que j'ai présenté dans le 1.2.4. Ce dernier constitue également l'essentiel du volet social du projet de service du SAMSAH dédié au handicap psychique. Toutefois, ce dernier comprend un chapitre supplémentaire pour tenir compte des spécificités liées à l'accompagnement de ces personnes, que je synthétise ci-après :

Le volet social propre au SAMSAH dédié au handicap psychique

Avec les personnes en situation de handicap psychique, la relation d'aide, la relation de confiance est compliquée à établir. Leur parcours de vie chaotique a pu les amener à développer une forte ambivalence vis-à-vis de toute relation d'aide. Cette fragilité spécifique de la personne engage le savoir-faire / le savoir-être du professionnel dans le maintien du lien, permettant à la personne d'en tester la fiabilité (écoute, disponibilité, capacité du professionnel à accepter les mises en échec du travail social ou les ruptures du travail engagé). Aussi, pour tenir le lien, il est parfois nécessaire de faire intervenir un deuxième référent. Le travail d'analyse de pratiques s'avère alors essentiel. Mais lorsqu'il est trop invalidant, le vécu de souffrance peut déstabiliser la relation d'aide et rendre inopérants les outils d'intervention classiques dont dispose le travailleur social. Ce dernier peut alors se heurter à un sentiment d'impuissance, d'incapacité à répondre de manière satisfaisante à sa mission. S'il n'est pas suffisamment étayé par l'éclairage de professionnels du soin, il peut lui-même être en souffrance.

Or aujourd'hui, l'équipe du SAVS ne bénéficie que de 3h de temps de médecin psychiatre par semaine, pour 100 usagers. L'équipe a besoin de pouvoir s'appuyer sur des professionnels du soin pour évaluer le risque suicidaire, partager l'observation de symptômes annonciateurs d'une décompensation, l'aider à se décaler et à prendre de la distance lorsque certains modes relationnels sont pervertis par la pathologie : sentiment de manipulation, relation d'emprise, violences. Il s'agit d'obtenir des préconisations, des clés pour une validation de l'action conduite avec la personne, une confirmation de la viabilité du projet construit et de retrouver une sécurité sur leur propre intervention professionnelle.

Aussi, le 1^{er} objectif de l'accompagnement consistera à tisser un lien de confiance. Ce premier objectif peut prendre des mois, des années. Mais, c'est à partir de ce lien, que l'adhésion prendra effet et que le service pourra aborder les problématiques, sans violence, sans que la personne se sente envahie.

Par le biais des activités de socialisation, ainsi que par les groupes d'expression, le SAMSAH est soucieux de proposer des temps favorisant l'expression des personnes et l'exercice de la citoyenneté. Afin de répondre aux besoins du public accompagné (apragmatisme, difficulté dans le rapport à l'autre, dans le rapport au temps), le SAMSAH proposera des activités collectives dans le service et à l'extérieur. Elles reposeront sur le principe de libre adhésion. Ce support est sécurisant pour les personnes du fait de la présence des professionnels du service. Ce cadre structurant tiendra compte du rythme des personnes (horaires), de leurs capacités (durée des activités, lieux des sorties, nombre de personnes constituant le groupe) et de leurs centres d'intérêt.

L'équipe du SAVS a pu expérimenter la mise en place d'ateliers collectifs mais n'a pu les pérenniser malgré une évaluation très positive, au regard de moyens humains insuffisants. Le fait de se savoir attendues pour une activité permet aux personnes de se remobiliser. Et si leur état de santé rend difficile leur mobilité, un accompagnement et un retour au domicile en voiture du service, pourra être organisé. Les activités de groupe permettent, dans un cadre rassurant, de se familiariser à nouveau aux autres et de tenir compte du code de vie en collectivité (savoir-être et savoir-faire).

Comment accompagner la réalisation d'un projet d'accompagnement personnalisé tout en tenant compte de la spécificité du handicap psychique ? Le handicap psychique peut affecter quelques-uns des registres suivants :

- la volonté (perte d'intérêt, perte de l'estime de soi) ;
- la perception de la réalité (distorsion de la réalité, délire, hallucination, recours à des produits toxiques addictifs) ;
- la communication et le langage (difficulté à élaborer, non demande ou à contrario multiplicité des demandes) ;
- le comportement (apragmatisme, fatigabilité, troubles de l'alimentation et du sommeil) ;
- l'humeur (trouble thymique) ;
- la conscience et la vigilance intellectuelle (incapacité à faire face aux problèmes et aux activités quotidiennes, difficulté à prendre des décisions, à identifier, à exprimer et prioriser les besoins, perte de mémoire, difficulté de concentration) ;
- la vie émotionnelle et affective (débordement, isolement, retrait, angoisse massive) ;
- la perception de son identité : perception erronée de son unité et de son intégrité psychique ou corporelle (morcellement, troubles narcissiques, états confusionnels) ; différenciation à autrui (collage/fusion, évitement, isolement, apragmatisme) ;

Par ailleurs, la personne en situation de handicap psychique peut être dans le déni, dans la négation, dans la méconnaissance de ses troubles.

La phase d'adhésion : Si la personne bénéficie déjà d'une prise en charge par une équipe du secteur sanitaire, le projet d'accompagnement du SAMSAH doit être porté par cette équipe, la personne et le SAMSAH. Le lien de confiance entre la personne et son équipe médicale référente, va lui permettre de s'adresser avec confiance au service.

La phase d'observation et d'élaboration : L'élaboration en équipe permet de centraliser les observations et les impressions. Elle permet également de développer une compréhension des situations. Des hypothèses (construire du sens à l'accompagnement) sont développées, nourries des regards croisés de l'équipe pluridisciplinaire.

La fonction contenante et le travail du lien : Le SAMSAH est appréhendé par les bénéficiaires comme un lieu, un espace, dans lequel ils peuvent déposer en sécurité leurs attentes, leurs motivations, leurs angoisses contenues. Le SAMSAH exerce sa fonction contenante. Ce qu'il renvoie est accessible à la pensée et à la réalité des personnes accompagnées. Se trouvant dans des difficultés relationnelles, l'accompagnement proposé par le SAMSAH vise à aider les personnes à accepter la différence, l'altérité. L'objectif est de favoriser un travail de reconstruction de l'estime de soi et de favoriser la remobilisation de la personne, pour qu'elle puisse exprimer ses souhaits et devenir actrice de son projet de vie, en maintenant ses acquis.

L'accompagnement individuel par un référent de projet : Afin d'optimiser l'expression des personnes accompagnées et de permettre une meilleure efficacité en terme de suivi du projet d'accompagnement, un référent de projet sera désigné pour chacune d'elles.

Le volet médical commun aux SAMSAH généraliste et au SAMSAH spécialisé

Sur la dimension thérapeutique, l'équipe médicale et paramédicale du SAMSAH évalue la situation de la personne et propose un accompagnement, tenant compte de son état de santé. Si l'équipe peut effectuer des soins à domicile elle va surtout s'attacher à coordonner les soins dispensés, en lien avec le médecin traitant et les établissements d'accueil ou de soins. Pour ce faire, des conventions sont signées entre le service et les professionnels libéraux ainsi qu'avec les établissements du secteur sanitaire et médico-social, afin d'accroître la cohérence du parcours de soins des personnes accompagnées. Un accompagnement anticipé pourra être sollicité auprès de la MDPH afin que le SAMSAH puisse intervenir dès que la personne est rentrée chez elle, à sa sortie

d'hospitalisation. Le rôle des professionnels médicaux et paramédicaux qui interviendront dans le SAMSAH généraliste est présenté en annexe.⁸⁷ Quatre métiers sont représentés :

- Un médecin coordonnateur ;
- Une infirmière coordonnatrice ;
- Un aide-soignant ;
- Une psychologue ;

Le volet médical propre au sous-projet n°2

Le projet de vie est mis en place avec la personne dès que son état psychique le permet. Il intègre le projet de soins qui est remanié au gré du projet de vie. La fluctuation des états psychiques impose un ajustement permanent entre l'accompagnement et le soin. Paradoxalement, l'objectif du SAMSAH est de préparer, dès le début, la sortie du service, qui peut prendre plusieurs années, deux dans le meilleur des cas. Le SAMSAH dédié au handicap psychique conservera le personnel de santé du SAMSAH généraliste, à l'exception du médecin coordonnateur qui sera remplacé par un psychiatre. De plus, un infirmier spécialisé en psychiatrie sera recruté. Le rôle de ces deux spécialistes dans ce service, est présenté en annexe.⁸⁷

c) L'équipe à mettre en place

Les postes présentés dans les projets de service des deux SAMSAH tiennent compte des exigences du décret du 11 Mars 2005⁸⁸, déjà énoncées dans les axes stratégiques. Dès lors, il s'agissait de définir pour chacun des projets, le pourcentage d'ETP à prévoir pour chacun des postes proposés. J'ai calibré ces effectifs en fonction du nombre de personnes à accompagner par service, tout en veillant :

- A respecter un taux d'encadrement global conforme aux valeurs moyennes : l'enquête CNSA de 2007 relative aux SAMSAH⁸⁹, fait état d'un taux d'encadrement global de 0,42 ETP, mais l'enquête DREES, ES 2006⁹⁰ avait relevé un ratio moyen de 0,22 ETP : j'ai donc cherché à m'approcher du taux médian qui s'établit ici à 0,32 ;
- A ne pas dépasser le coût à la place plafond mentionné dans l'appel à projet et relatif au budget de la section soins, soit 13 866 euros. Etant donné que les charges de personnel représentent environ 80 % de ce dernier, j'ai plafonné leur montant ;

La synthèse de ce travail est présentée dans le tableau ci-après et en annexe, dans les trois organigrammes correspondant aux trois hypothèses (5,10 ou 15 places).⁹¹ Ayant obtenu une délégation pour recruter le personnel devant intervenir au sein du SAVS et du

⁸⁷ Annexe 13 : SAMSAH : rôle des professionnels de santé

⁸⁸ Décret N°2005-223 du 11 Mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et des SAMSAH, www.legifrance.gouv.fr

⁸⁹ CNSA, 2007 Suivi qualitatif du développement des SAMSAH et SSIAD, 1ères conclusions, p 6, www.cnsa.fr

⁹⁰ ANAP, Juillet 2013, « Le secteur médico-social, comprendre pour mieux agir », p79, www.anap.fr

⁹¹ Annexes 10, 11, 12 : Organigrammes pour des SAMSAH de 5,10 et 15 places

SAMSAH, j'ai pu établir un plan de recrutement. La Soleillade et autres dispositifs de l'ASEI du Carmausin, offrent une vaste plateforme de services avec des professionnels qualifiés ayant une large palette de compétences. J'envisage donc de proposer ce type d'évolution à certains professionnels, qui y verront l'occasion d'acquérir une nouvelle expérience en s'investissant dans un tout nouveau projet.

REPARTITION DES POSTES AU SEIN DU SAVS ET DES DEUX SAMSAH				
POSTES	SAVS		SAMSAH Généraliste (10 places)	SAMSAH Handicap psychique (5 places)
	Avant le projet (100 places)	Après le Projet (85 places)		
ADMINISTRATION & LOGISTIQUE : BUDGET DU CONSEIL GENERAL				
Budget déjà existant, du Conseil Général				
Directeur	0.12	0.09	0.02	0.01
Directrice adjointe	0.66	0.56	0.07	0.03
Adjoint service économique (comptable)	0.31	0.21	0.07	0.03
Technicien administratif	0.21	0.21	0	0
Employé administratif (secrétaire)	0.41	0.26	0.10	0.05
2 Ouvriers qualifiés (travaux et entretien)	0.10	0.10	0	0
EDUCATIF & SOCIAL : BUDGET DU CONSEIL GENERAL				
Budget déjà existant, du Conseil Général				
Educateur spécialisé	3	2	0.7	0.3
CESF	5.5	5	0.3	0.2
EJE	1	0.97	0.02	0.01
ME chargé de l'animation	0.1	0.055	0.03	0.015
Enseignants APS chargé de l'animation	0.05	0.05	0	0
SOINS & REEDUCATION : BUDGET DE L'ARS				
Budget demandé à l'ARS, au travers de l'appel à projet				
Aide-Soignant	0	0	1	0.17
Infirmière coordonnatrice	0	0	0.7	0.3
Infirmier psychiatrique (du Bon Sauvreur)	0	0	0	0.3
Psychologue (possibilité de glissement de poste depuis l'ESAT)	0	0	0.5	0.21
Médecin généraliste	0	0	0.09	0
Médecin psychiatre (du Bon Sauvreur)	0.09	0.09	0	0.09
TOTAL ETP ET RATIO GLOBAL D'ENCADREMENT				
TOTAL Equivalent Temps Plein (ETP)	11.55	9,59	3,6	1,715
Ratio d'encadrement (ramené aux 100 ou 85 adultes pour le SAVS)	0.115	0.112	0,36	0,343
Ratio d'encadrement (ramené aux 100 ou 85 adultes et 34 enfants pour le SAVS)	0,086	0,08	0,36	0,343

Voici le plan de recrutement que j'envisage. J'ai choisi de distinguer deux groupes, selon que les postes seront spécifiques à un des deux SAMSAH, ou bien communs aux deux.

Les postes spécifiques à l'un ou l'autre des deux SAMSAH :

➤ Le poste spécifique au SAMSAH généraliste :

- Médecin généraliste, 0.09 ETP (3 h par semaine) : ce recrutement se ferait par la signature d'une convention avec un médecin exerçant en libéral et avec lequel le Centre La Soleillade peut déjà témoigner d'un partenariat de qualité ;

➤ Les postes spécifiques au SAMSAH dédié au handicap psychique :

- Médecin psychiatre, 0.09 ETP (3h par semaine) : idéalement il s'agirait de porter à 6h par semaine, le temps du médecin psychiatre de la Fondation du Bon Sauveur, qui intervient déjà à hauteur de 3h par semaine sur le SAVS ;
- Infirmier spécialisé en psychiatrie, 0.3 ETP : avec le soutien du directeur de l'ASEI, j'ai obtenu du directeur de La Fondation du Bon Sauveur, l'accord de principe pour qu'il mette à disposition de notre SAMSAH, les services d'un infirmier spécialisé en psychiatrie. Ce point est pour moi fondamental, car il est de nature à faciliter grandement notre coopération avec cette Fondation. Du seul fait de ses allers retours réguliers entre les deux structures, tout comme le médecin psychiatre, il facilitera les échanges d'information, qui nous l'avons vu, sont insuffisants ;

Les postes communs aux deux SAMSAH :

- Infirmière coordonnatrice : j'envisage de proposer ce poste en priorité à l'infirmière du Centre La Soleillade actuellement positionnée sur les foyers d'hébergement, l'accueil de jour et le SSIAD. Son intervention représenterait 0,7 ETP au sein du SAMSAH généraliste et 0,3 ETP au sein du SAMSAH spécialisé. Si elle acceptait cette proposition, elle serait affectée aux services intervenant en milieu ouvert et un recrutement externe serait lancé pour la remplacer sur les foyers d'hébergement et l'accueil de jour ;
- Aide-soignant : je souhaite proposer ce poste en priorité aux 2 aides-soignants à temps partiel (80%) de La Soleillade, actuellement positionnés sur le SSIAD. Ainsi, dans le SAMSAH généraliste, où l'intervention représenterait 1 ETP, la personne pourrait accéder à un temps plein et devrait être remplacée sur le SSIAD. Et dans le SAMSAH spécialisé, où l'intervention représente 0,17 ETP, cela lui permettrait de compléter avantageusement son temps partiel actuel (80 %).
- Psychologue : j'envisage de pourvoir ce poste par un redéploiement de moyens de l'ESAT Caramantis, vers La Soleillade. Son intervention représenterait 0,5 ETP dans le SAMSAH généraliste et 0,21 ETP dans le SAMSAH spécialisé ;

d) Les coopérations et partenariats

Eu égard au handicap psychique, j'ai déjà évoqué la coopération entamée depuis 1994 entre La Soleillade et la Fondation du Bon Sauveur et dans le 3.3, j'évoquerai comment je souhaite la faire progresser vers un partenariat actif.

e) L'implantation des bureaux

Si nous devons être retenus pour le SAMSAH de 5 places, j'envisagerais de dédier à celui-ci, une grande pièce, au sein des locaux du SAVS actuel. En revanche, si nous obtenions l'accord pour 10 ou 15 places, je récupérerais des locaux attenants au SAVS, qui en un premier temps peuvent être aménagés sans travaux. Puis ultérieurement, je proposerais au directeur, d'inscrire sur le plan pluriannuel d'investissement (PPI), une somme que je consacrerai à des travaux pour permettre une communication directe entre ce SAMSAH et le SAVS, afin de faciliter la circulation, notamment pour les personnes qui interviendront sur ces deux services.

f) Le budget prévisionnel

Les budgets détaillés des deux projets sont présentés en annexe⁹², mais leurs totaux sont synthétisés dans le tableau ci-dessous, qui permet de vérifier que les coûts à la place pour la section soins demeurent en dessous du plafond de 13 866 euros. Par ailleurs, dans tous les cas, le coût à la place pour le volet social demeure proche de 7 500 euros.

BUDGETS DES SAMSAH A 10 ET 5 PLACES ET LEUR INCIDENCE SUR LE BUDGET DU SAVS						
	SAVS avant le projet : 100 places	SAVS après le projet : 85 places	SAMSAH généraliste : 10 places		SAMSAH spécialisé : 5 places	
	Conseil Général	Conseil Général	Conseil Général	ARS	Conseil Général	ARS
BUDGET TOTAL	755 878,00 €	641 253,30 €	76 761,80 €	132 485,66 €	37 862,90 €	69 265,34 €
COÛT A LA PLACE	7 558,78 €	7 544,16 €	7 676,18 €	13 248,57 €	7 572,58 €	13 853,07 €

3.2.3 Réorganiser le SAVS et faire évoluer son projet de service

Si nous sommes retenus, le SAMSAH va certes nous permettre : d'améliorer très sensiblement l'accompagnement des personnes présentant les pathologies les plus lourdes, qui y seront orientées en priorité ; de libérer du temps dédié à l'éducation, pour les travailleurs sociaux qui, intervenant dans ce service, seront dispensés des accompagnements vers les lieux de soin ; d'acquérir de nouveaux savoir-faire et savoir-être au sein de La Soleillade, qui indirectement, au travers des réunions interservices, bénéficieront aux professionnels du SAVS. Malgré ce, des problèmes resteront au sein du

⁹² Annexe 14 : Budget des SAMSAH à 5 et 10 places

SAVS, dus notamment à un ratio d'encadrement faible, comparativement au ratio moyen national et eu égard à la complexité d'accompagnement des personnes handicapées psychiques. Et par rapport à ces dernières, le SAVS aurait certainement intérêt à diversifier ses modes d'intervention.

Par ailleurs, je dois commencer à préparer l'articulation entre le SAVS et le SAMSAH, en sachant qu'en ce qui me concerne, je suis déjà responsable de deux missions : pour 33 % de mon temps, je suis directrice adjointe du Centre La Soleillade qui possède 5 agréments (SAVS, SSIAD, Foyer d'hébergement des travailleurs en ESAT, FOT externat et FOT internat) et pour 67 %, je suis responsable du SAVS, au sein duquel j'assume le rôle de chef de service. Dès lors, l'obtention d'un 6^{ème} agrément (SAMSAH) et l'arrivée d'une nouvelle équipe dédiée au soin, nécessiteront que je mobilise plus de temps pour ma fonction de directrice adjointe. Je ne pourrai donc plus assumer le rôle de chef de service au sein du SAVS ni du futur SAMSAH. C'est pourquoi, le recrutement d'un chef de service a été envisagé au niveau de la direction. Celui-ci superviserait le SAVS et le SAMSAH, mais aussi le SSIAD, lequel partagerait certainement 2 postes avec le SAMSAH : celui d'infirmier coordonnateur et celui d'aide-soignant (selon le ou les sous-projets pour lesquels nous serons retenus). Partant de cette hypothèse, j'ai proposé de consolider le fonctionnement du SAVS, autour de 3 thèmes :

A) Réorganiser et coordonner les équipes du SAVS, du SAMSAH et du SSIAD

Cette réorganisation poursuit trois objectifs :

- Dégager du temps pour les travailleurs sociaux dont l'équipe restera relativement restreinte, eu égard aux 85 ou 90 ou 95 personnes qui y seront accompagnées ;
- Permettre une articulation et une circulation de l'information entre le SAVS, le SAMSAH et le SSIAD ;
- Me permettre de me recentrer sur ma fonction de directrice adjointe ;

Pour dégager du temps aux travailleurs sociaux du SAVS, j'ai proposé d'optimiser celui qu'ils consacrent aux réunions synthèses, en scindant l'équipe en deux. Le fait de scinder l'équipe en deux groupes, permettrait tout d'abord d'en spécialiser un, autour de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques. Ensuite, il permettrait que pour chaque professionnel, les deux réunions hebdomadaires consacrées à l'étude des situations, n'évoquent plus que 50 situations au lieu de 100, permettant de multiplier par deux, le temps consacré à chacune d'elles. Ce qui signifie qu'il faudra alors organiser 4 demi-journées de synthèse par semaine, au lieu de deux actuellement. Aussi, cette division de l'équipe en deux groupes ne sera possible que si nous pouvons recruter un chef de service, qui superviserait à la fois les deux équipes du SAVS, mais aussi l'équipe soin et l'équipe éducative du SAMSAH et l'équipe soin du SSIAD.

A ce sujet, il me paraît souhaitable que l'équipe du soin et l'équipe éducative du futur SAMSAH, soient coordonnées par un travailleur social plutôt que par un professionnel de santé. Il est important de rappeler que le décret du 11 Mars 2005⁹³ prévoit que « *Les SAMSAH ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté, comportant des prestations de soins, la réalisation des missions visées à l'article D. 312-155-5* » lequel définit la mission des SAVS qui est de « *contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées* ». Or le projet de vie est plus large que le projet de soins et relève de la compétence d'un travailleur social. Par ailleurs, il est important qu'une même personne supervise à la fois le SAVS et le SAMSAH, car parfois certaines personnes handicapées iront de l'un vers l'autre. Par ailleurs le psychiatre, mais aussi des travailleurs sociaux interviendront sur ces deux services. Enfin, le SAVS bénéficiera plus facilement du savoir-faire acquis par le SAMSAH, notamment autour du handicap psychique, si une même personne les encadre.

En outre, la présence d'un chef de service me permettrait de m'investir sur le territoire, notamment pour : coordonner l'accueil de jour de La Soleillade avec celui du FAS André Billoux ; pour faire du lien avec l'ESAT et la SACAT, avec qui le SAVS et demain le SAMSAH, accueilleront des usagers communs ; pour développer le partenariat avec La Fondation du Bon Sauveur ; pour coopérer, dans le cadre du service parentalité, avec le secteur de l'enfance (juge, AEMO, PJJ, ...). Sachant que ces besoins vont aller croissant, puisque notre intervention dans le cadre du SAMSAH, va s'étendre à de nouvelles localités. Par ailleurs, je pourrais plus facilement remplacer le directeur lors de certaines réunions, notamment avec les instances représentatives du personnel, pour lesquelles j'ai une délégation, car celui-ci dirige déjà deux établissements - La Soleillade et le FAS André Billoux - et pourrait être amené, à terme, à développer encore son champ d'action.

B) Faire évoluer le projet de service du SAVS

Le projet de service actuel du SAVS, concerne la période 2010-2015 et devra donc être réactualisé pour 2016. Je ferai participer l'équipe à la construction de ce projet, au sein duquel, l'adaptation de l'accompagnement à la progression du handicap psychique occupera une place significative. Mais les réunions que j'ai organisées autour du fonctionnement du SAVS nous donnent déjà quelques pistes : introduction de nouveaux supports éducatifs, tels que des ateliers médiatisés (cuisine, théâtre, art-thérapie) ; faciliter les éclairages cliniques autour de chaque situation en augmentant le temps d'intervention du médecin psychiatre ; mettre en place un soutien psychologique des

⁹³ Décret N°2005-223 du 11 Mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et des SAMSAH, www.legifrance.gouv.fr

professionnels, en prise avec une situation particulièrement lourde ; augmenter le temps consacré à l'analyse des pratiques, afin que la fréquence des GAP (Groupe d'Analyse des Pratiques) passe de un toutes les 5 semaines, à un toutes les 3 semaines.

C) Financer les deux axes de développement précédents

Pour pouvoir développer les axes précédemment évoqués au sein du SAVS (recrutement d'un chef de service, organisation d'ateliers médiatisés, augmentation du temps de psychiatre et d'analyse des pratiques), il sera nécessaire d'obtenir un budget supplémentaire. Interrogé sur ce sujet, le directeur de La Soleillade m'a fait savoir qu'il paraissait impossible d'obtenir auprès du Conseil Général, l'intégralité du financement nécessaire. En revanche, il paraît opportun d'étudier le financement de ce poste, en partie par les économies générées par une mutualisation des services administratifs entre deux établissements de l'ASEI (La Soleillade et le FAS André Billoux) et en partie par une enveloppe supplémentaire, délivrée par le Conseil Général du Tarn. Pour cela, il faudra faire valoir l'obtention d'un 6^{ème} agrément, l'élargissement du rayon d'action et surtout le fait que le budget à la place qui nous est actuellement octroyé, est le plus bas du Tarn.

3.3 Enclencher un partenariat actif avec l'hôpital du Bon Sauveur

3.3.1 Coopération : Le chemin déjà parcouru et le travail restant à accomplir

A ce jour, je salue le travail de tous les professionnels qui au sein de l'ASEI et de La Fondation du Bon Sauveur, ont permis sur le nord du Tarn, de lancer, puis de développer une coopération entre ces deux structures. Elle a été initiée en 1994, par la signature d'une première convention entre l'établissement La Soleillade et la Fondation du Bon Sauveur. Puis elle s'est peu à peu étendue aux autres établissements de cette association sur le secteur et a connu un nouveau souffle grâce à la signature d'une convention cadre le 26 Novembre 2011, entre l'ASEI et cet hôpital. En effet, grâce à l'implication de la personne qui dirige à la fois Le Centre La Soleillade et le FAS André Billoux, relayée par la volonté d'aller de l'avant, de certains médecins psychiatres de La Fondation du Bon Sauveur, plusieurs étapes importantes ont été franchies.

A) Les avancées obtenues en terme de coopération

Les avancées permises par cette coopération, sont unanimement reconnues par tous les professionnels de l'ASEI, intervenant sur le nord du Tarn :

a) Les professionnels se connaissent et respectent le travail de l'autre

La première avancée découle des stages d'immersion, qui ont permis aux professionnels de se connaître, de comprendre et de respecter le travail de l'autre et de se faire confiance, en partageant un objectif commun. C'est en 2011 que le personnel éducatif de La Soleillade a inauguré ces échanges, par un stage de 5 jours au sein de différents

services de La Fondation du Bon Sauveur. Puis les professionnels soignants de l'hôpital ont pris le relais en 2013, en s'immergeant au sein des établissements de l'ASEI, mais seulement pendant 2 jours. Nous avons vu que les différents secteurs ont des cultures bien différentes. Mais ces échanges tendent justement à dépasser ces différences, en permettant de comprendre les problématiques des autres secteurs.

b) La prise en charge par les urgences fonctionne bien et sécurise notre travail

Les propos de mon collègue du FAS André Billoux, par ailleurs responsable de la commission « Gestion des crises », au sein du groupe qui travaille sur cette coopération, résume bien les progrès accomplis : *« Nous ressentons une véritable avancée dans nos échanges avec le Bon Sauveur. La prise en charge par le service des urgences fonctionne bien, que ce soit pour une simple crise, débouchant sur une consultation ou pour une réelle situation d'urgence, nécessitant une hospitalisation. Aussi, nous sommes sécurisés : nous pouvons accueillir cette population, alors qu'avant, nous n'osions pas. Nous ne travaillons pas seuls, mais nous pouvons construire à plusieurs, autour d'une même situation. D'ailleurs, cela ne peut fonctionner qu'ainsi. Si bien que la Fondation du Bon Sauveur est rassurée et s'autorise à nous adresser des patients. Et la présence régulière dans nos murs d'un médecin psychiatre nous éclaire sur tout ce que nous pouvons réaliser avec cette personne, en dehors de l'hôpital. »*⁹⁴

c) Les éclairages cliniques apportés par le psychiatre sont précieux

J'ai rapidement mesuré l'incidence de l'intervention du psychiatre de la Fondation du Bon Sauveur, qui depuis 2013 participe à notre réunion de synthèse du jeudi après-midi, au sein du SAVS : *« Depuis l'arrivée du psychiatre, c'est le jour et la nuit. Il nous éclaire sur les comportements des personnes, dont il connaît la pathologie. Nous sommes guidés quant à l'attitude que nous devons adopter. En plus, il est très disponible et se rappelle bien des situations. Mais nous aurions besoin qu'il intervienne plus souvent. »*⁹⁵

d) La Fondation soutient notre candidature à l'appel à projet SAMSAH

Suite aux échanges réguliers, La Fondation du Bon Sauveur a appris à connaître les professionnels de l'ASEI et à leur faire confiance. Si bien que son directeur n'a pas hésité à nous épauler, dans le cadre de notre réponse à l'appel à projet SAMSAH en proposant, pour le service de 5 places dédié au handicap psychique, de mettre à notre disposition un infirmier spécialisé en psychiatrie et un bureau, dans les locaux de la Fondation. De telles dispositions seront de nature à rassurer le jury, par rapport à notre candidature.

⁹⁴ PIERRE Jean-Yves, Juillet 2014, Adjoint de Direction au FAS André BILLOUX à Sérénac, dans le Tarn

⁹⁵ Martine C., éducatrice de jeunes enfants au sein du service parentalité du SAVS La Soleillade

e) *L'ouverture sur d'autres horizons enrichit notre travail*

Pour finir, il est important de préciser que cette coopération, en nous ouvrant sur d'autres horizons, enrichit notre travail. Ceci est particulièrement vrai pour les travailleurs sociaux du SAVS, qui en dehors des réunions de synthèse, travaillent souvent seuls, au domicile de la personne, ou à proximité. Dès lors, ces échanges contribuent à les « nourrir », dans l'exercice de leur métier. Par ailleurs, comme je l'ai déjà évoqué, l'équipe est très mobilisée autour de cette coopération et « fière » des avancées de l'ASEI en la matière.

B) *Un évènement révélateur de la difficulté à faire circuler l'information*

Pour autant, sur la route du partenariat, du chemin reste à parcourir, comme en témoigne cet évènement intervenu au printemps 2014 : Le Dimanche 23 Mars, Mme D., suivie par le SAVS est en crise et après s'être battue avec son compagnon, a voulu s'étrangler à son domicile, avec une taie d'oreiller. Elle est alors hospitalisée au service des urgences du Bon Sauveur, dont elle ressortira le lundi, sans que le SAVS ne soit informé ni de son entrée, ni de sa sortie. Le mardi, elle connaîtra une nouvelle crise et une nouvelle tentative de suicide, par ingestion de médicaments, à la suite de laquelle son compagnon lance une procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers, au sein de l'hôpital du Bon Sauveur. C'est seulement le mercredi, que le SAVS sera tenu informé de la situation, par un appel de Mme D., passé depuis l'hôpital. Le référent de Mme D. au sein du SAVS s'y est rendu, pour expliquer à l'équipe soignante quel accompagnement offrait ce service. Malgré ce, la personne est sortie sans que le SAVS ne le sache. Ainsi, les échanges d'information entre le SAVS et l'intra-hospitalier doivent-ils progresser significativement, si nous voulons un jour, préparer en concertation, la sortie de la personne, dès son arrivée à l'hôpital, dans le but de garantir la continuité des soins.

De telles situations, qui tendent toutefois à disparaître, perturbent les travailleurs sociaux du SAVS, car comme nous l'avons évoqué, le projet de soins mis en place par La Fondation du Bon Sauveur doit tenir compte du projet de vie de la personne et donc du contexte familial, social et professionnel, dans lequel elle évolue. Sans cela, il ne pourra pas être pertinent. En l'occurrence, le contexte familial très lourd de cette personne, aurait mérité d'être pris en considération. Face à ces difficultés, les professionnels du SAVS demeurent très mobilisés. Aussi, je m'appuierai sur cette mobilisation, pour tenter de faire évoluer cette coopération vers un véritable partenariat avec la Fondation du Bon Sauveur.

C) *Le travail restant à accomplir*

Désormais, pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise et pour répondre aux autres besoins évoqués dans le 1.3.4 et le 1.3.5, je souhaite développer les 4 thèmes que j'ai énoncés dans le 2.3.2, pour renforcer cette coopération. Les quatre plans d'action qui en découlent, font l'objet de 4 paragraphes (3.3.2, 3.3.3, 3.3.4 et 3.3.5).

Il est important de préciser que l'évolution de cette coopération vers un véritable partenariat, ne peut pas s'envisager seulement à l'échelle du SAVS : ce processus engage, d'une part les personnels soignants des différents services de La Fondation du Bon Sauveur et d'autre part, l'ensemble des professionnels de l'ASEI œuvrant dans le nord du Tarn. C'est pourquoi, une commission « Partenariat » a été mise en place, en regroupant des salariés des divers services, au sein de ces deux grandes structures. Elle est divisée en 5 sous-commissions, spécialisées dans les actions suivantes ⁹⁶:

- 1) Gestion des crises : Faciliter l'accès aux urgences et la circulation d'informations en amont et en aval de l'hospitalisation ;
- 2) Accompagnement en alternance : Dans le secteur des enfants et adolescents : besoins et modalités de mise en œuvre ;
- 3) Orientation des patients et des personnes handicapées : Favoriser une orientation de qualité, par une préparation en amont ;
- 4) Etude des populations : Favoriser la connaissance de la maladie mentale pour les professionnels de l'ASEI et de la personne handicapée, pour ceux de la Fondation ;
- 5) Accompagnement au travail protégé : Favoriser l'intégration de jeunes et de patients, par un accompagnement social, médico-social et un contact progressif avec le travail ;

Le SAVS n'est vraiment concerné que par deux de ces actions : la première et la quatrième, qui correspondent aux paragraphes 3.3.2 et 3.3.3 de ce mémoire. Toutefois, selon moi, il serait judicieux de créer une 6^{ème} Action, consacrée à l'échange d'informations entre services, car cette dernière représente un enjeu majeur pour réussir un partenariat. J'y consacre d'ailleurs les paragraphes 3.3.4 et 3.3.5, ainsi que le 3.4. Je proposerai donc à la commission « Partenariat » de créer cette sixième action.

3.3.2 Valider une procédure de gestion des crises et une fiche de liaison

Au sein des foyers, il devient de plus en plus rare qu'une personne soit hospitalisée ou revienne d'une hospitalisation sans que le foyer n'en soit informé. En effet, dans la mesure où les éducateurs voient quotidiennement les personnes, ils peuvent soit éviter une hospitalisation en repérant en amont, les prémices d'une crise, ou bien être à l'initiative d'une hospitalisation.

En revanche, les contacts sont sensiblement plus espacés dans le cadre d'un accompagnement par le SAVS. Et il peut arriver que la personne soit hospitalisée sans

⁹⁶ Annexe 4 : Convention de partenariat signée entre l'ASEI et La Fondation du Bon Sauveur et ses 5 fiches actions

que l'éducateur référent n'en soit averti, notamment lorsque la personne va très mal, par exemple le week-end et que cette hospitalisation a été demandée par un tiers. Car bien que le SAVS assure une permanence, la famille ne va pas forcément prendre le soin de l'avertir. Dans un tel cas, il sera important que l'hôpital prenne l'habitude de nous alerter. Cela pourra devenir un réflexe si une procédure est mise en place, invitant le personnel soignant à interroger la personne par rapport à son accompagnement en cours, dans tel ou tel service médico-social, puis à informer ce dernier. Cela sera encore plus facilité, lorsque la personne aura pu être hospitalisée avec le concours du SAVS et arrivera à l'hôpital, accompagnée d'un travailleur social et d'une fiche de liaison bien renseignée. Enfin, à long terme, cet échange d'informations pourrait presque devenir automatique, si les personnels de La Fondation d'un côté et de l'ASEI de l'autre, pouvaient consulter, en temps réel, par internet et de façon sécurisée, un même dossier concernant cet usager/patient. L'accès serait différencié selon la fonction occupée. Je présenterai dans le 3.4 un projet de logiciel, qui s'appuie sur ce principe.

C'est pourquoi, en concertation avec les équipes de l'hôpital du Bon Sauveur, le groupe de travail en charge de la gestion des crises au sein des établissements de l'ASEI situés dans le nord du Tarn, vient de mettre au point une « Procédure générale de prise en charge en situation d'urgence »⁹⁷ et une « Fiche de liaison »⁹⁸. Ces deux documents ont été transmis aux services qualité respectifs des deux structures pour validation et sont présentés en annexe. Les principales caractéristiques sont présentées ci-après, sachant que cette procédure démarre toujours par une consultation auprès du SAUS, qui permettra soit un retour vers l'établissement d'origine, soit qui sera suivie d'une hospitalisation dans l'une ou l'autre unité de soins.

A) La procédure générale de consultation auprès du SAUS et la fiche de liaison

La mise en place de cette consultation nécessitera d'abord un appel téléphonique à destination du SAUS, dès que la situation deviendra impossible à gérer au niveau du collectif ou du référent. Puis la personne sera accompagnée par un professionnel du service ou de l'établissement social ou médico-social, afin que ce dernier puisse présenter la situation et afin que cette visite soit moins traumatique. Auparavant, l'accompagnateur aura pris le soin de renseigner la fiche de liaison, en mentionnant les événements ayant occasionné cette consultation et en la complétant avec ses annexes (fiche d'identification, fiche de traitement, parcours de vie et courrier éventuel du médecin de l'établissement). Il la confiera ensuite au personnel soignant du SAUS, qui la

⁹⁷ Annexe 15 : Projet de procédure générale de prise en charge en situation d'urgence, par la Fondation du Bon Sauveur

⁹⁸ Annexe 16 : Projet de fiche de liaison et de suivi de consultation, auprès de la Fondation du Bon Sauveur

complètera avec ses observations et la décision prise : retour en structure ; orientation vers un CMP ; modification du traitement ; hospitalisation. Dans le cas d'un retour dans le l'établissement ou à domicile, le médecin du SAUS pourra suggérer des conduites à tenir ou conseiller des attitudes éducatives. En cas d'hospitalisation, l'établissement ou le service social ou médico-social, devra être averti par téléphone. Puis la fiche de liaison, dument complétée par le SAUS, devra être transmise à l'unité d'hospitalisation.

B) La procédure générale d'hospitalisation

Elle met en place des outils de concertation, dès l'hospitalisation de la personne, afin de préparer au mieux sa sortie. Ainsi, dans les 48 à 72 heures, des contacts doivent être pris entre les différents partenaires. Et les modalités de lien entre les deux dispositifs sont définies dans le contrat d'hospitalisation. Ensuite, dans le projet de soins, sera contractualisée la durée approximative d'hospitalisation, dont découlera la date de sortie. Cette dernière pourra alors être préparée grâce à une rencontre inter-dispositifs permettant de formaliser un projet de prise en charge ambulatoire et un projet de retour sur l'établissement d'origine. Lorsque la personne quittera l'hôpital, une prescription médicale sera établie, accompagnée d'éléments sur la conduite à tenir. Et au retour dans l'établissement ou à domicile, sera mis en place ou réactivé, le suivi ambulatoire, en lien avec le lieu de vie de la personne. Enfin, une rencontre entre le CMP et l'établissement ou le service d'origine, permettra de coordonner le projet de vie et le projet de soins.

3.3.3 Apporter un éclairage clinique, former et échanger avec les professionnels de santé

Comme l'indique la recommandation de l'ANESM consacrée à l'accompagnement à la santé de la personne handicapée⁹⁹, « *L'accompagnement des personnes handicapées et, le cas échéant, de leurs proches doit en effet être assuré par des équipes formées et soutenues par des professionnels expérimentés.* »

A) Favoriser l'éclairage clinique en augmentant le temps d'intervention du psychiatre

Nous avons vu à plusieurs reprises, à quel point les travailleurs sociaux du SAVS ont apprécié l'éclairage clinique apporté par un psychiatre de La Fondation du Bon Sauveteur. Mais ils regrettent qu'il n'intervienne que 3 h par semaine. Il s'agira donc, d'augmenter ce temps au sein du SAVS, sachant qu'au niveau du SAMSAH, il devrait être suffisant.

⁹⁹ ANESM, Juillet 2013, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée », p92

B) Former les professionnels à l'accompagnement des personnes handicapées psychiques

Afin de développer les savoir-faire des travailleurs sociaux et de l'encadrement, j'ai proposé de programmer, sur les cinq années à venir, dans le cadre du PAUF (Plan Annuel d'Utilisation des Fonds) des formations sur trois grands thèmes :

- Formation à la psychopathologie visant une expertise clinique ;
- Formation relative au soutien des aidants familiaux : afin d'apprendre à travailler avec les familles, par rapport à la place qu'elles occupent dans l'accompagnement ;
- Formation à la bientraitance pour les cadres et les professionnels ; Car au regard du contexte du secteur qui se durcit, de l'évolution de la population et de l'usure des professionnels, il est important que tous les travailleurs sociaux soient formés à la démarche de bientraitance, cadre de direction compris.

C) Accueillir du personnel soignant de La Fondation en stage d'immersion

Les stages d'immersion que j'ai déjà présentés ont particulièrement bien fonctionné pour les travailleurs sociaux de l'ASEI, qui ont pu découvrir divers services de l'hôpital du Bon Sauveur, durant 5 journées. En revanche, nous avons souvent regretté qu'au sein de l'hôpital, seul le personnel d'une unité, se soit déplacé au sein des services de l'ASEI et cela, durant seulement deux journées. Ce qui fait dire à certains psychiatres de l'hôpital, que « *le personnel soignant ne comprend pas bien ce qui se passe dans le secteur médico-social* ». Ce qui peut expliquer que lorsqu'une personne handicapée est hospitalisée, ce personnel n'ait pas le réflexe d'en informer la structure médico-sociale. Pour toutes ces raisons, je suggérerai à la commission « Partenariat », d'inviter les personnels de santé avec lesquels nous travaillons, à faire un stage dans nos services.

3.3.4 Rencontrer plus régulièrement les CMP et l'hôpital de jour

Etant donné que les personnes accompagnées par le SAVS et le SAMSAH vivent dans la cité, elles sont les premières concernées par les CMP et hôpitaux de jour, piliers de la sectorisation psychiatrique, qui ont pour but de permettre un suivi psychiatrique de la personne, au plus près de son lieu de vie.

Jusqu'en 2013, les équipes des CMP et hôpitaux de jours de Carmaux ou d'Albi, ne rencontraient les différentes équipes de La Soleillade qu'une seule fois par an. Ce rythme est insuffisant, eu égard au nombre important de patients/usagers que nous avons en commun et surtout par rapport au fait que pour progresser, il nous faut absolument coordonner le projet de vie et le projet de soins. C'est pourquoi La Soleillade a sollicité les responsables des secteurs psychiatriques 2 et 3 et a obtenu un accord de principe pour organiser 3 réunions par an. Le SAVS a inauguré cette série, en parvenant à réunir au

sein du CMP de Carmaux, le psychiatre responsable de cette structure, le psychiatre qui intervient au sein du SAVS, les travailleurs sociaux du SAVS et moi-même. Cette réunion clinique autour des situations des personnes, dont nous partageons l'accompagnement, s'est avérée très riche et a contribué à sécuriser et motiver les travailleurs sociaux. La prochaine aura lieu en septembre 2014, au sujet de l'optimisation de notre partenariat.

3.3.5 Répertoire des acteurs et désigner un interlocuteur dans chaque structure

Au nord du Tarn, en 2014, l'ASEI emploie 327 personnes et La Fondation du Bon Sauveur totalise 1245 salariés. Avec autant d'interlocuteurs, les échanges d'informations deviennent vite compliqués. C'est pourquoi, il apparaît essentiel d'engager deux actions :

A) Editer un annuaire par structure

Je demanderai personnellement à la responsable de l'accueil de La Soleillade, de mettre en place un annuaire sous format numérique répertoriant les noms, fonctions, coordonnées téléphoniques et adresses mail de tous les salariés. Par ailleurs, lors de notre prochaine réunion de la commission « Partenariat », il s'agira de rappeler notre attente pour qu'un annuaire des professionnels de La Fondation, soit édité.

B) Désigner un interlocuteur par service

A la Fondation du Bon Sauveur, l'ASEI est en contact régulier avec cinq psychiatres respectivement responsables du service des urgences psychiatriques, de l'unité de réhabilitation psycho-sociale, de l'unité pour malades difficiles, des secteurs psychiatriques N° 2 et N° 3 du Tarn. Mais dans tous les autres services, nous n'avons pas de contact privilégié. Lors de notre prochaine réunion, je souhaite proposer la nomination d'un interlocuteur par service, qui centraliserait tous les appels. Ce qui nécessiterait toutefois que nous soyons ensuite mis en contact direct avec le professionnel de santé référent de la personne handicapée. Mais au moins, le fait qu'une même personne ait connaissance de tous les appels reçus depuis l'ASEI, éviterait que certains appels ne se perdent et demeurent sans réponse.

Du côté du SAVS La Soleillade, si nous obtenons la possibilité de créer un SAMSAH, pour tous les usagers qui y seront accompagnés, l'interlocutrice de l'hôpital sera tout naturellement l'infirmière coordinatrice. Cette personne accomplit déjà cette tâche au sein des foyers de La Soleillade et cela fonctionne très bien.

En revanche, pour les 85 ou 90 ou 95 personnes qui seront accompagnées par le SAVS, deux échéances se présentent. Lorsque nous parviendrons à recruter un chef de service et donc à scinder l'équipe de travailleurs sociaux en deux, alors il paraît logique que ce chef de service, assume cette tâche. En attendant, nous partagerons cette fonction entre deux personnes présentes régulièrement au bureau : la secrétaire et moi-même.

3.4 A long terme, faire appel à des outils et dispositifs innovants

3.4.1 Partager les informations concernant le parcours, sur support numérique

A) Améliorer la coordination entre les acteurs, grâce au partage d'informations

A différentes reprises dans ce mémoire, nous avons vu que pour coordonner le projet de vie et le projet de soins de la personne, le partenariat entre l'ASEI et l'hôpital du Bon Sauveur, nécessite de partager de nombreuses informations relatives à sa situation. A ce jour, les informations concernant la situation d'une personne handicapée, échangées entre les deux structures, le sont essentiellement par voie de réunion, de contact téléphonique, de fiche de liaison (en préparation), mais pas par voie numérique. En effet, les mails qui s'échangent entre les deux structures, notamment pour des raisons de confidentialité, ne concernent pas la situation des usagers. Pourtant à l'ère du numérique et d'internet, la question se pose de savoir si de tels outils, utilisés avec toutes les précautions nécessaires, ne pourraient pas faciliter ces échanges d'information. Les réseaux de santé de Midi Pyrénées ont bien avancé dans cette voie.

B) Réseaux de santé : le DCR partagera l'information numérique entre secteurs social, médico-social et sanitaire

La Fédération Régionale des Réseaux de Santé de Midi-Pyrénées (RESOMIP) regroupe 19 réseaux régionaux et territoriaux de Midi-Pyrénées. Constituée en association loi 1901, elle se veut un espace d'expression et de représentation de ses membres, un lieu de connaissance, d'échanges et de mutualisation des projets. Parmi ses divers objectifs figure la mutualisation et la gestion de moyens et d'outils, dont le système d'information. Nous avons vu que dans la définition des réseaux de santé donnée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002¹⁰⁰, dite loi Kouchner, il est précisé «... *Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers...* ».

Ainsi au sein des réseaux, coopèrent des acteurs de secteurs différents, qui dans ce cadre là, doivent échanger régulièrement des informations. C'est pourquoi, en Midi-Pyrénées, sous l'impulsion du réseau cancérologie, qui était en avance sur ce sujet, RESOMIP a travaillé sur l'échange d'informations par voie numérique, à l'instar d'autres fédérations, notamment celle de Poitou Charentes¹⁰¹. Ainsi, sur les 19 réseaux que

¹⁰⁰ Loi N° 2002-303 du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, www.legifrance.gouv.fr

¹⁰¹ www.esante-poitou-charentes.fr

compte RESOMIP, 16 ont adhéré au projet et se sont réunis en 2013 pour analyser ces processus et leurs points communs. Ensuite, un travail réseau par réseau est venu compléter le cahier des charges du futur système informatique d'échanges de données. Après diverses réunions pour affiner ce cahier des charges, l'été 2014 devait permettre de choisir le consortium, ou le prestataire, qui va développer ce futur « Dossier de Coordination du Réseau » (DCR). Ceci afin de lancer sa conception à l'automne, pour pouvoir le livrer au 1^{er} semestre 2015.

Ce DCR, constituera donc le logiciel de gestion du parcours de santé des personnes qui vivent des situations complexes et qui de ce fait sont accompagnées par des réseaux : cancer, diabète, sclérose en plaques, obésité pédiatrique, adolescents en difficulté, addictions, ... Toutefois, lors de ma rencontre avec le chef de projet système d'information de RESOMIP¹⁰², celui-ci m'a indiqué que plus tard, « *ce logiciel serait certainement adaptable à des situations de partenariat beaucoup plus classiques, comme quand coopèrent un hôpital et des établissements et services médico-sociaux* ». C'est pourquoi j'ai choisi d'en présenter les grandes caractéristiques.

Tout d'abord, la création du DCR, comme celle du Dossier Médical Personnel (DMP), nécessitera l'accord du patient. De plus, pour les patients qui, souffrant de plusieurs pathologies lourdes, dépendront de plusieurs réseaux, le transfert de données entre réseaux, nécessitera aussi leur accord. Ensuite, les données seront stockées chez un hébergeur de données de santé et seront consultables par internet, via un accès sécurisé. Le principal apport d'une telle solution vient de ce que les données transitant par internet, ce DCR sera consultable de partout et qu'il pourra être mis à jour en temps réel, par les différents intervenants. Par exemple, les comptes rendus d'hospitalisation y seront automatiquement stockés. Et cet outil fonctionnera sur tout type de matériel équipé d'un navigateur web (PC, MAC, Tablette).

Toutefois, pour protéger le secret professionnel, tous les professionnels n'auront pas accès aux mêmes informations. Une matrice précisera les droits d'accès de chaque intervenant, selon qu'il est travailleur social ou professionnel de santé et au sein de ces derniers, selon qu'il fait partie du réseau ou du cercle de proximité de 1^{er} recours ou du cercle plus éloigné de 2^{ème} recours ou des consultations occasionnelles, ou bien encore, du service des urgences. Le DCR enregistrera de nombreuses informations¹⁰³ : données administratives ; une fiche médico-sociale ; des comptes rendus d'hospitalisation ; une

¹⁰² LOUBET Laurent, Mai 2014, chef de projet système d'information de RESOMIP

¹⁰³ Annexe 17 : RESOMIP Processus de coordination partagée, dans le cadre du système d'information des réseaux

fiche de synthèse établie par la Réunion de Coordination Pluri-professionnelle (RCP) ; un Projet Personnalisé de Santé (PPS), qui est plus large qu'un projet individualisé de soins, puisqu'il contient des données relatives à son accompagnement social. La structure de ce PPS est proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS).

C) Informatiser le dossier de l'utilisateur à l'ASEI avant d'envisager le partage d'informations avec l'hôpital

A ce jour, il est encore bien trop tôt pour envisager le partage d'informations numériques entre l'ASEI et la Fondation du Bon Sauveteur, dans la mesure où au sein de l'ASEI, l'informatisation du dossier de l'utilisateur est en pleine évolution. En effet, cette association vient de décider de moderniser son équipement en faisant l'acquisition de la gamme EASY SUITE, développée par SOLWARE Partner Life.

Mais il est important de noter que l'arrivée de ce nouveau système informatique, constitue une « mini-révolution », dans la mesure où comme la solution développée par RESOMIP, les données ne seront plus sur un serveur interne à l'ASEI - comme c'est le cas actuellement - mais seront stockées chez un hébergeur agréé par l'ARS et accessibles par internet. Ainsi, les professionnels de l'ASEI vont-ils prendre l'habitude de fonctionner avec ce nouveau logiciel, qui gère également des informations relatives au soin pour ses établissements médico-sociaux. Aussi, d'ici quelques années, il sera plus facile pour eux, d'en mesurer les avantages et les limites et de s'interroger sur l'opportunité, puis la possibilité d'échanger des informations avec La Fondation du Bon Sauveteur, qui à ce jour utilise le logiciel CORTEXTE. Au sein de l'ASEI, La Soleillade et le FAS André Billoux seront pilotes pour tester ce logiciel. Ils démarreront les essais en septembre 2014.

3.4.2 Réfléchir à l'intervention d'un tiers pour faciliter le partenariat

Comme je l'ai déjà expliqué, il est de la responsabilité d'un directeur, de se projeter sur ce que seront les besoins de la personne handicapée, demain, voire après-demain, afin d'anticiper et de pouvoir être réactif le moment où ces besoins deviendront prégnants. En ce sens, je suis heureuse que ce mémoire m'ait permis de prendre du recul, pour explorer de futures pistes de travail, telles que la possibilité de faire intervenir un tiers, pour faciliter notre partenariat avec l'hôpital du Bon Sauveteur. Car sur cette voie, tel un message d'espoir, j'ai pu provoquer une réunion, malgré la période estivale, entre le directeur de La Soleillade, le psychiatre responsable des urgences à l'hôpital du Bon Sauveteur et la coordinatrice du GCS Santé Mentale du Limousin, afin d'évoquer les bénéfices de ce dispositif. A ce stade, il est trop tôt pour pronostiquer ce qui découlera de cette rencontre. Mais ce qui est sûr, c'est que chacun a compris à quel point la coopération entre l'hôpital psychiatrique et les 56 associations concernées a progressé grâce à ce dispositif, qui joue le rôle de tiers. Gageons qu'avec le temps, ces progrès vont essaimer ...

CONCLUSION

Pour les personnes handicapées psychiques, le projet de vie et le projet de soins doivent être coordonnés et concomitants. Mais cette simultanéité est difficile à garantir, dans la mesure où ces deux projets sont mis en œuvre par des secteurs différents et cloisonnés. D'où les recommandations de l'ARS, visant à décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social, afin de servir la logique de parcours de la personne handicapée, en plaçant cette dernière « au cœur du système de santé ». Au sein du SAVS La Soleillade, où 70 % de la population souffre de troubles psychiques, ce décloisonnement est déjà bien engagé, au travers de la coopération mise en place dès 1994, avec l'hôpital psychiatrique du Bon Sauveur. Celle-ci a déjà permis de belles avancées en terme de coordination. Et l'ASEI dans son nouveau projet associatif a réaffirmé sa volonté de positionner le projet de vie, comme socle du parcours de la personne handicapée.

Mais au quotidien, sur cet axe clairement tracé, du chemin reste à parcourir, tant au niveau de l'accompagnement proposé au sein du service, qu'au niveau de la coopération avec l'hôpital. C'est pourquoi, avec le concours de l'ASEI, ce SAVS a saisi l'opportunité de répondre à un appel à projet pour transformer 15 places de SAVS en SAMSAH. En réunissant le soin et l'accompagnement social, il facilitera la coordination du projet de vie et du projet de soins. Mais pour être pertinent, il devra s'inscrire dans le cadre d'un partenariat fluide avec le secteur psychiatrique. D'où la mise en place d'actions pour transformer cette coopération en véritable partenariat. Toutefois, sur ce chemin, des outils restent à inventer, tant au niveau du partage d'informations entre structures, qu'au niveau de l'organisation, qui parfois, gagnerait à ce qu'un tiers intervienne.

Dans ce contexte, le directeur joue un rôle pivot, en faisant preuve : d'attention, pour cerner l'évolution des besoins des personnes accompagnées ; d'un sens de l'écoute pour comprendre les difficultés que les travailleurs sociaux rencontrent et pour entendre leurs suggestions ; d'une forte capacité à mobiliser, autour de projets pertinents ; d'un bon relationnel pour développer le partenariat sur le territoire ; mais aussi de curiosité, vis à vis d'expérimentations novatrices concluantes. Car les financements étant contraints, lui et ses équipes doivent innover au quotidien, afin de construire de nouvelles réponses, pour continuer à améliorer, jour après jour, le service rendu aux personnes accueillies.

Parallèlement, les associations, de plus en plus regroupées, sont tenues d'adopter une organisation rigoureuse dans laquelle la stratégie est souvent construite par les sièges sociaux, en lien avec le conseil d'administration. Celles-ci devront toutefois consacrer aux établissements et services, un espace minimum pour que puisse s'y exprimer, la volonté de construire et d'innover. Il s'agira alors, pour nous directeurs, de rechercher la bonne distance et d'équilibrer l'expression des multiples forces en présence.

Bibliographie

OUVRAGES

BLOCH M-A. et HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, DUNOD, Paris, 315 p.

FOUDRIAT M., Juillet 2009, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'EHESP, Rennes, 350 p.

LOUBAT J-R., Juin 2013, *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, DUNOD, Paris, 217 p.

MIRAMON J-M., Juillet 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, Presses de l'EHESP, Rennes, 150 p.

PAGES V., 2012, *Handicaps et psychopathologies*, DUNOD, Paris, 168 p.

PERIODIQUES

Les Cahiers de l'Actif, N° 430/431/432/433, Mars/Juin 2012, *Accompagner et déployer les compétences dans les services en milieu ouvert (Sessad, Savs, Samsah, Ssiad ...)*, La Grande Motte, 355 p.

Les Cahiers de l'Actif, N°434/435/436/437, Juillet/Octobre 2012, *Troubles psychiques et « comportements problèmes » dans les ESMS : observer, comprendre, agir*, La Grande Motte, 336 p.

Les Cahiers de l'Actif, N°438/439, Novembre/Décembre 2012, *L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social : perspectives pour les associations*, La Grande Motte, 206p.

Les Cahiers de l'Actif, N°446/447, Juillet/Août 2013, *Transitions, continuité et ruptures dans les parcours individuels de prise en charge : impacts sur les trajectoires de vie*, La Grande Motte, 254 p.

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

ANESM, Juillet 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », www.anesm.sante.gouv.fr

ANESM, Janvier 2012, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des personnes accompagnées », www.anesm.sante.gouv.fr

ANESM, Juillet 2013, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée », www.anesm.sante.gouv.fr

RAPPORTS, ARTICLES ET AUTRES DOCUMENTS

AMARA F., JOURDAIN-MENNINGER D., LECOQ G., MESCLON-RAVAUD M., - IGAS, Août 2011, « La prise en charge du handicap psychique, Tome 1 », Synthèse, www.ladocumentationfrancaise.fr

ARS Midi-Pyrénées, « Plan stratégique régional de santé 2012-2017 en Midi-Pyrénées », www.ars.midipyrenees.sante.fr

CEDIAS-ANCREAI Ile de France, Actes du colloque « Handicap d'origine psychique », du 23 Mars 2009, Volet 2 : synthèse de la phase « terrains », www.cnsa.fr

CNSA, 2012, « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie », www.cnsa.fr

CEDIAS – CREAHI Ile de France, Décembre 2011, « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? » Synthèse et recommandations, Paris, www.creai-idf.org

CEDIAS – CREAHI Ile de France, Septembre 2012, « Guide méthodologique pour la création des services d'accompagnement spécialisés en faveur des personnes en situation de handicap d'origine psychique (SAVS et SAMSAH « Handicap psychique ») », Paris, www.creai-idf.org

CHARZAT M., Mars 2002, « Rapport au Ministre Délégué à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées », Conclusion, www.social-sante.gouv.fr

CNSA-SODIFRANCE, Avril 2008, « Enquête de suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés », www.cnsa.fr

COLDEFY M. - IRDES, Octobre 2012, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques, en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences », Question d'économie de la santé, N°180, www.irdes.fr

DGOS, Octobre 2012, Guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? », www.sante.gouv.fr

DREES, 2007, « La prise en charge de la Santé Mentale, recueil d'études statistiques », La Documentation française, Paris, www.drees.sante.gouv.fr

LACHMANN J., Mai 2012, « La réforme du parcours des soins », Gestions hospitalières, N°516, Vitry-sur-Seine

LE ROY HATALA C., VIDAL-NAQUET P., 2008, « Qu'est-ce que le handicap psychique ? », Agence Entreprises et Handicap, Paris, www.handipole.org

MINISTERES CHARGES DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, « Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 », www.sante.gouv.fr

MOUVEMENT POUR L'ACCOMPAGNEMENT ET L'INSERTION SOCIALE (MAIS), 2010, « Enquête sur les Services d'Accompagnement Social », Lyon, www.mais.asso.fr

SENON J.L., LAFAY N., PAPET N., MANZANERA C., « Grands courants de la Pensée Psychiatrique », www.senon.pagesperso-orange.fr

THIRY D., Septembre 2011, « La Désinstitutionnalisation à l'origine du « Monde médico-social », l'antipsychiatrie », Route Nouvelle d'Alsace, www.a-d-c.fr

SITES INTERNET

www.ars.midipyrenees.sante.fr : Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées

www.ccomptes.fr : Cour des comptes

www.esante.gouv.fr : Agence des systèmes d'information partagés de santé

www.fondation-fondamental.org : Réseau de coopération scientifique en santé mentale

www.esante-poitou-charentes.fr Services numériques pour les acteurs de santé de Poitou Charentes

www.gcssantementalehandicap-limousin.fr: GCS Santé Mentale et Handicap du Limousin

www.mnasm.com : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

www.resomip.com : Fédération régionale des réseaux de santé Midi-Pyrénées

www.samsah-savs.fr : Portail d'information dédié aux SAMSAH et SAVS

www.santementale2014.org : Collectif Santé Mentale et Troubles psychiques

www.sante.gouv.fr et www.social-sante.gouv.fr : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et du Droit des Femmes

www.unafam.org : Union Nationale des Amis ou Familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques

LOIS, DECRETS ET CIRCULAIRES

Les lois et décrets ci-après sont consultables sur internet à l'adresse www.legifrance.gouv.fr :

Loi du 1^{er} Juillet 1901, relative au contrat d'association

Loi N°75-535, du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi N°85-772 du 25 Juillet 1985, portant diverses dispositions d'ordre social

Loi N°2002-02 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi N° 2002-303 du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

Décret N°2005-223 du 11 Mars 2005, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et des SAMSAH

La circulaire ci-après est consultable sur internet à l'adresse www.ascodocpsy.org :

Circulaire du 15 Mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

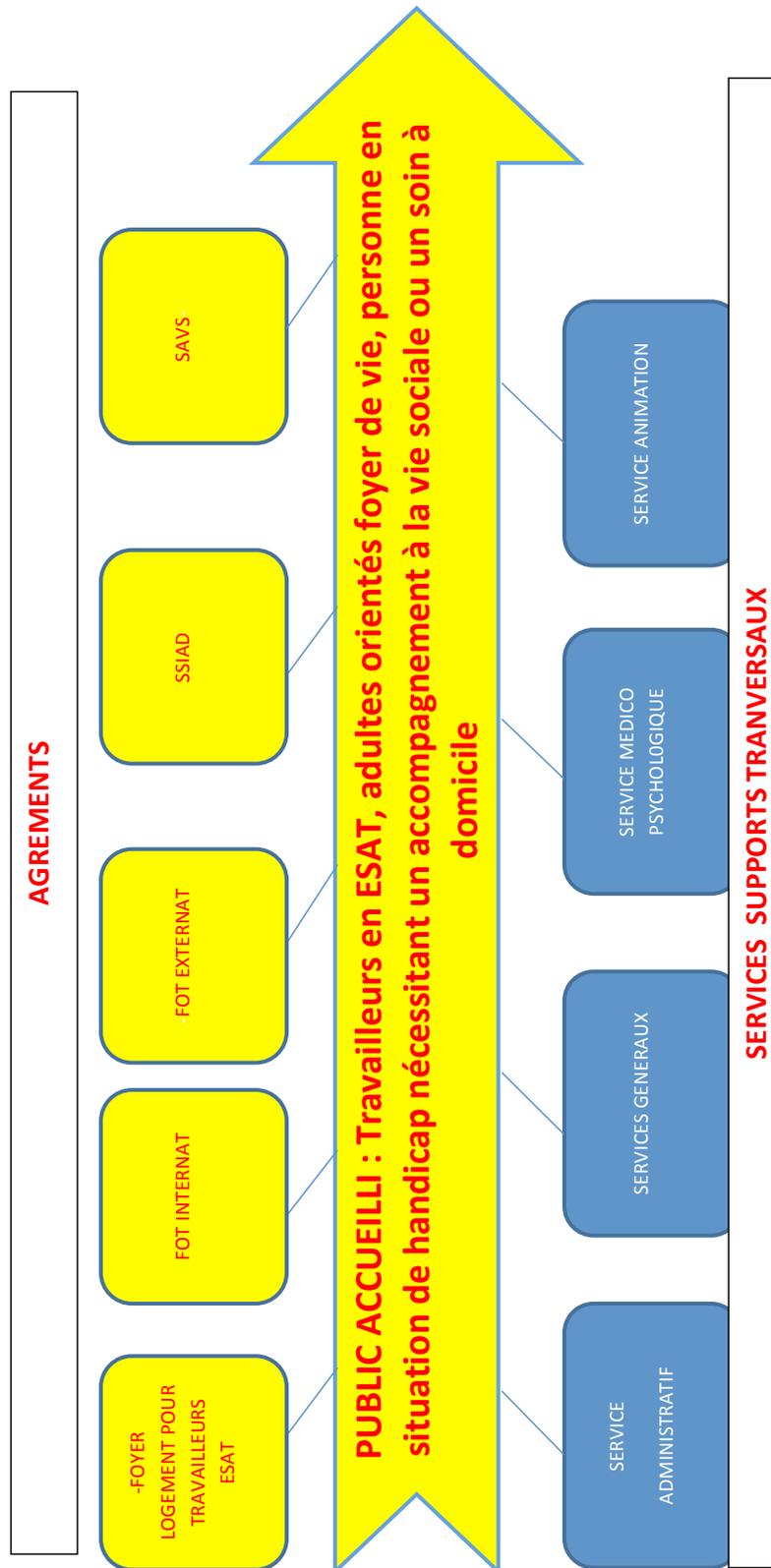
Liste des annexes

- ANNEXE 1** Les établissements pour personnes handicapées dans le Tarn
- ANNEXE 2** Etablissement La Soleillade : 5 agréments au service du parcours de la personne handicapée
- ANNEXE 3** Etablissement La Soleillade : Organigramme fonctionnel
- ANNEXE 4** Convention de partenariat entre l'ASEI et La Fondation du Bon Sauveur et ses 5 fiches actions
- ANNEXE 5** Organigramme de La Fondation du Bon Sauveur
- ANNEXE 6** Les secteurs psychiatriques dans le nord du Tarn
- ANNEXE 7** Enquête ARS (Haute Garonne), concernant l'articulation entre les établissements médico-sociaux et le secteur psychiatrique
- ANNEXE 8** Avis d'appel à projet pour la création de 15 places de SAMSAH par transformation de places de SAVS
- ANNEXE 9** Cahier des charges de l'appel à projet pour la création de 15 places de SAMSAH par transformation de places de SAVS
- ANNEXE 10** Organigramme pour un SAMSAH de 5 places
- ANNEXE 11** Organigramme pour un SAMSAH de 10 places
- ANNEXE 12** Organigramme pour un SAMSAH de 15 places
- ANNEXE 13** SAMSAH : Rôle des professionnels de santé
- ANNEXE 14** Budgets des SAMSAH de 5 et 10 places

- ANNEXE 15** Projet de procédure générale de prise en charge en situation d'urgence, par La Fondation du Bon Sauveur
- ANNEXE 16** Projet de fiche de liaison et de suivi de consultation, auprès de La Fondation du Bon Sauveur
- ANNEXE 17** RESOMIP : Processus de coordination partagée, dans le cadre du système d'information des réseaux

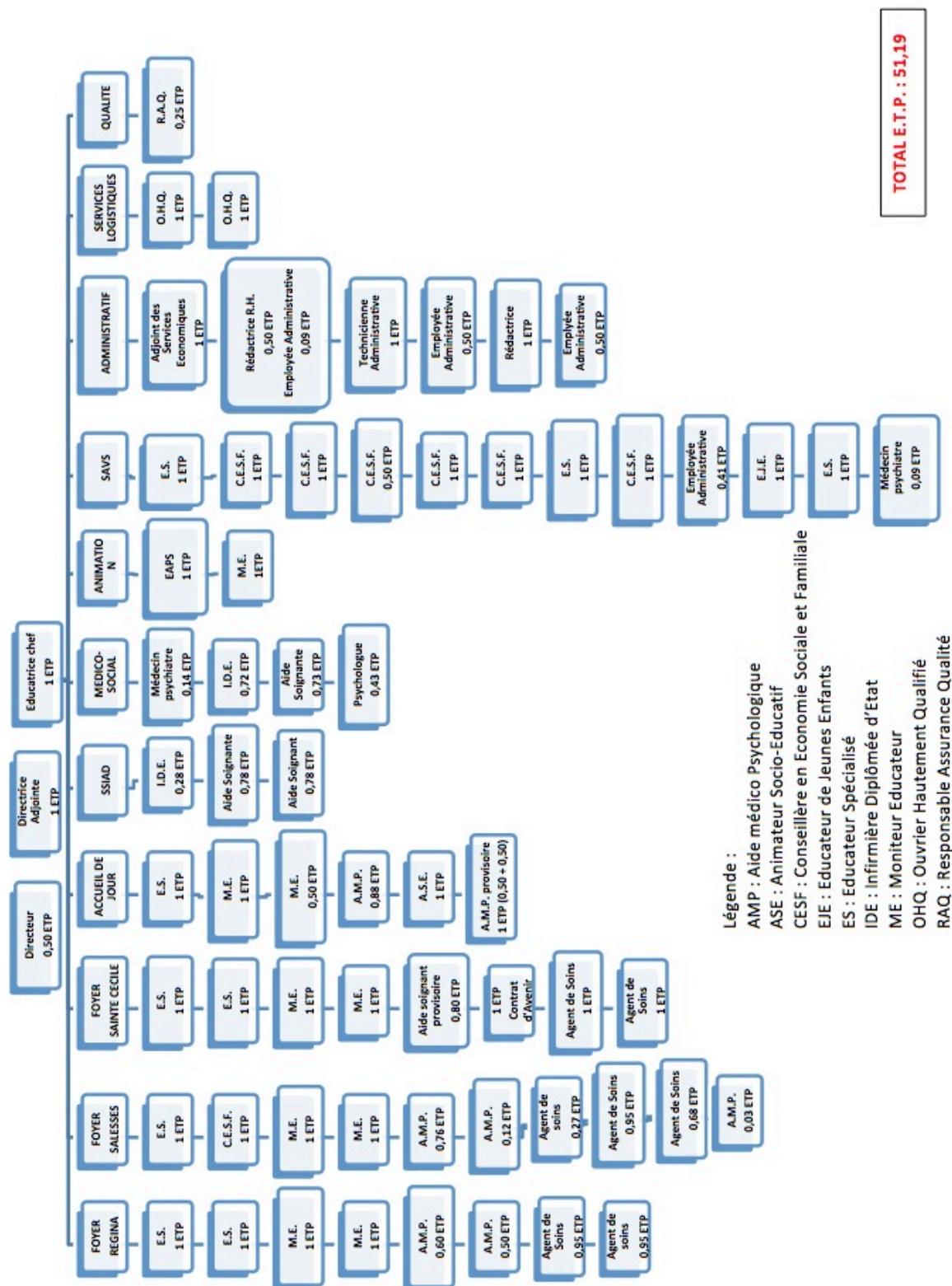
ANNEXE 2

Etablissement La Soleillade : 5 agréments au service du parcours de la personne handicapée



ANNEXE 3

Etablissement La Soleillade : Organigramme fonctionnel



ANNEXE 4

Convention de partenariat entre l'ASEI et

La Fondation du Bon Sauveur et ses 5 fiches actions

CONVENTION CADRE DE PARTENARIAT
--

ENTRE :

La Fondation Bon Sauveur d'Alby, sise 1, rue Lavazière 81025 Albi (Tarn), représentée par son Président Monsieur François HUEZ

Ci-après dénommée la Fondation

ET

L'Association « Agir, Soigner, Eduquer, Insérer », dite A.S.E.I, sise 4, avenue de l'Europe 31522 Ramonville Saint-Agne (Haute-Garonne), représentée par son Président Monsieur Jean BOUSQUET

Ci-après dénommée l'A.S.E.I

Vu le Code de la santé publique,

Vu le Code de l'action sociale et des familles

Vu l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996

Vu la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Vu la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Vu la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Vu la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Vu la loi Hôpital, Patients, Santé Territoire du 21 juillet 2009

Préambule :

Compte tenu de la possibilité offerte aux établissements et services médico-sociaux par l'article L 312-7 du CASF de conclure des conventions avec les établissements de santé afin de favoriser la complémentarité des accompagnements et de garantir la continuité des prises en charges ;

Compte tenu d'une part, de l'alourdissement, notamment sur le versant psychique, des populations accompagnées par le secteur médico-social lié à la politique de maintien dans le milieu de vie ordinaire des handicapés les plus autonomes et, d'autre part, de la volonté des pouvoirs publics de faire de l'accompagnement médico-social des handicapés psychiques une priorité de la politique d'accompagnement de la personne handicapée ;

Compte tenu du partenariat de fait existant entre la Fondation Bon Sauveur d'Alby et l'A.S.E.I et de la nécessité d'en accroître l'efficacité par une réflexion des équipes sur les besoins restant à satisfaire, sur la façon de les satisfaire, par la mise en place d'un partenariat formalisé et évaluable ;

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1^{er} – La Fondation et l’A.S.E.I s’engagent à mettre en œuvre des actions coordonnées, formalisées et évaluées annuellement dans les domaines figurant notamment sur les « fiches actions » jointes à la présente convention.

Article 2 - Leur collaboration consiste à améliorer la qualité de l’accompagnement des patients et personnes handicapées auxquels les deux structures délivrent des prestations par :

- une préparation coordonnée des réorientations (patients amenés à intégrer le secteur médico-social et des personnes handicapées intégrant le secteur psychiatrique);
- une efficacité accrue de la gestion des crises (personnes handicapées en décompensation) ;
- un approfondissement de la connaissance des populations accompagnées par la structure partenaire en vue d’un accompagnement adapté;
- la délivrance de prestations en alternance s’agissant des situations complexes ;
- une réflexion commune autour de projets innovants ;
- une évaluation des actions mises en place afin d’apprécier l’efficacité et la performance des accompagnements proposés aux patients et aux personnes handicapées.

Article 3 - Selon les modalités décrites dans les « fiches actions » jointes ci-après, les professionnels de chacune des deux structures amenés à intervenir dans la structure partenaire se conformeront à toutes les dispositions réglementaires en vigueur dans la structure d’accueil.

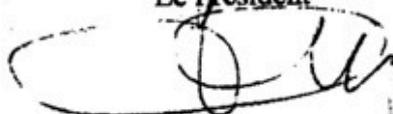
Article 4 - En matière de responsabilité civile, la Fondation et l’A.S.E.I prendront les mesures adaptées pour garantir la réparation des dommages de toute nature qui pourraient être causés par leurs professionnels ou dont ces derniers pourraient être victimes pendant la durée de leur présence dans la structure partenaire.

Article 5 – La présente convention prend effet à compter de la date de sa signature par les parties intéressées. Elle est renouvelée annuellement par tacite reconduction. Elle pourra être révisée par avenant et dénoncée par l’une ou l’autre des parties moyennant un préavis d’un mois. Elle fera l’objet d’une évaluation annuelle sur la base des indicateurs définis en annexes.

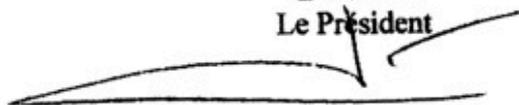
Article 6 – Les Présidents des deux structures missionnent le Directeur Général de la Fondation Bon Sauveur d’Alby et celui de l’A.S.E.I pour mettre en œuvre la présente convention cadre et, notamment, pour faire procéder à l’élaboration des fiches actions, pour les signer et pour veiller à leur application, leur actualisation, leur évaluation.

Fait à Ramonville Saint-Agne, le 26 janvier 2011

La Fondation Bon Sauveur d’Alby
Le Président



L’A.S.E.I
Le Président



Fiche actions n° 1

COLLABORATION DANS LE DOMAINE DE LA GESTION DES CRISES

Acteurs :

- A.S.E.I. :

- Fondation du Bon Sauveur d'Alby :

Population concernée :

Enfants, adolescents et adultes handicapés accompagnés par les établissements susmentionnés et présentant une décompensation nécessitant une prise en charge rapide :

- En amont : travail de lien sanitaire/médico-social en ambulatoire
- En urgence par le SAUS.
- Dans le cadre d'une hospitalisation précisant les modalités de prise en charge:
 - Contractualisation de l'hospitalisation
 - Séjour de rupture

Objectifs :

Disposer d'une procédure permettant :

- un accès rapide aux services d'urgence psychiatrique, formaliser le partenariat par :
 - une bonne circulation de l'information (données médicales, autres) en amont et en aval de l'hospitalisation afin de favoriser un accompagnement par la Fondation et un retour dans la structure d'origine de qualité.

Modalités de mise en œuvre :

Définir la procédure en groupe de travail

Moyens :

Définir les moyens permettant la mise en œuvre de la procédure en groupe de travail.

Indicateurs d'évaluation :

Définir en groupes de travail quelques indicateurs permettant de s'assurer que les objectifs sont atteints.

Fiche actions n° 2

COLLABORATION DANS LE DOMAINE DE L'ACCOMPAGNEMENT EN ALTERNANCE

SECTEUR ENFANTS ET ADOLESCENTS

Acteurs :

A.S.E.I. :

Fondation du Bon Sauveur d'Alby :

Population concernée :

Enfants et adolescents présentant des troubles complexes nécessitant un accompagnement en alternance par le secteur médico-social et le secteur psychiatrique.

Objectifs :

Définir les besoins, les modalités de mise en œuvre de l'accompagnement en alternance permettant de les satisfaire (exemple : détermination de personnes référentes dans chacune des structures, de l'élaboration du projet individualisé, de la répartition du temps d'accompagnement, des transports, du financement des prises en charge, de la circulation de l'information etc.)

Modalités de mise en œuvre :

Définir la procédure en groupe de travail

Moyens :

Définir les moyens permettant la mise en œuvre de la procédure en groupe de travail (y associer le financeur).

Indicateurs d'évaluation :

Définir en groupes de travail quelques indicateurs permettant de s'assurer que les objectifs sont atteints.

Fiche actions n° 3

COLLABORATION DANS LE DOMAINE DE L'ORIENTATION DES PATIENTS ET DES PERSONNES HANDICAPEES

Acteurs :

A.S.E.I. :

Fondation du Bon Sauveur d'Alby :

Population concernée :

Patients du secteur psychiatrique susceptibles d'être orientés vers le secteur médico-social.

Objectifs :

Favoriser une orientation de qualité par une bonne préparation en amont.

Modalités de mise en œuvre :

Définir la procédure en groupe de travail

La réflexion s'articulera autour de :

- comment améliorer la connaissance des structures d'accueil par la structure qui préconise l'orientation (visites)
- comment s'assurer que l'orientation est adéquate (stagés)
- comment mettre en œuvre une orientation progressive avec suivi des équipes et débriefing (phases séquentielles)

Moyens :

Définir les moyens permettant la mise en œuvre de la procédure en groupe de travail

Indicateurs d'évaluation :

Définir en groupes de travail quelques indicateurs permettant de s'assurer que les objectifs sont atteints.

Fiche actions n° 4

COLLABORATION DANS LE DOMAINE DE L'ETUDE DES POPULATIONS

Acteurs :

A.S.E.I. :

Fondation du Bon Sauveur d'Alby :

Population concernée :

Professionnels de la Fondation et de l'A.S.E.I

Objectifs :

Favoriser la connaissance du handicap psychique pour les professionnels de l'ASEI et de la personne handicapée pour les professionnels de la Fondation en vue d'une amélioration de l'accompagnement et des orientations.

Modalités de mise en œuvre :

Définir la procédure en groupe de travail

La réflexion s'articulera autour de stages réalisés par les professionnels d'une structure au sein de l'autre.

Moyens :

Définir les moyens permettant la mise en œuvre de la procédure en groupe de travail

Indicateurs d'évaluation :

Définir en groupes de travail quelques indicateurs permettant de s'assurer que les objectifs sont atteints.

Fiche actions n° 5

CREATION D'UN SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT AU TRAVAIL PROTEGE

Acteurs :

A.S.E.I. :

Fondation du Bon Sauveur d'Alby :

Population concernée :

- Jeunes adultes sortant d'ITEP et de CMPro
- Patients sortant d'un accompagnement psychiatrique

Objectifs :

Favoriser l'intégration en ESAT de jeunes pour lesquels l'intégration immédiate dans le milieu du travail n'est pas envisageable et de patients du secteur psychiatrique nécessitant un accompagnement social, médico-social et une remise en contact progressive avec le monde du travail avant de reprendre une activité professionnelle.

Modalités de mise en œuvre :

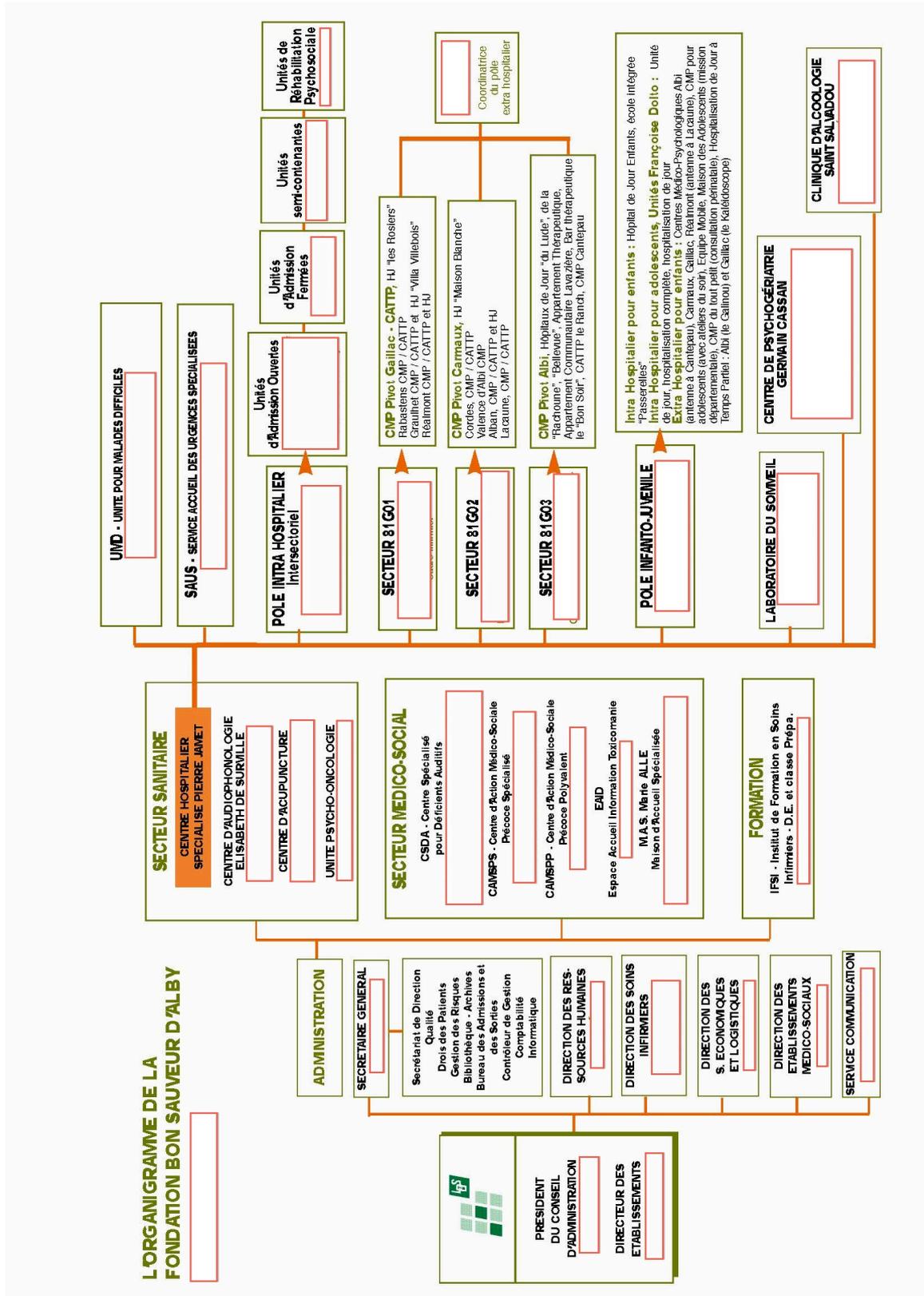
Moyens :

Indicateurs d'évaluation :

Définir en groupes de travail quelques indicateurs permettant de s'assurer que les objectifs sont atteints.

ANNEXE 5

Organigramme de la Fondation du Bon Sauveur



ANNEXE 6

Les secteurs psychiatriques dans le nord du Tarn



ANNEXE 7

Enquête ARS (Haute Garonne) concernant l'articulation entre les établissements médico-sociaux et le secteur psychiatrique



Service émetteur : Délégation Territoriale de la Haute-Garonne
Pôle Médico-Social

Affaire suivie par :

Courriel :
Téléphone :
Télécopie :

Date : 3 février 2014

**Le Délégué Territorial
de la Haute-Garonne**

aux

**Présidentes, Présidents des
établissements médico-sociaux pour
personnes handicapées de la Haute-
Garonne**

Mesdames, Messieurs,

Le Plan Stratégique Régional de Santé et le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale de notre région prévoient d'optimiser la filière de soins et l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social, et notamment de favoriser les liens avec la psychiatrie.

Lors de vos discussions avec l'équipe en charge des personnes handicapées de la Délégation Territoriale Haute-Garonne, sont très souvent évoquées les difficultés que vous rencontrez pour établir des relations efficaces et fructueuses avec la psychiatrie.

Afin d'évaluer précisément vos besoins dans ce domaine et identifier les freins, j'ai décidé de lancer une enquête auprès des établissements pour enfants et adultes de la Haute-Garonne.

A cette fin, je vous demande de bien vouloir transmettre, au(x) médecin(s) de votre(vos) établissement(s), la fiche jointe qui est à remplir pour chacune des situations rencontrées.

Le service des établissements de santé de l'ARS se chargera, quant à lui, de recueillir auprès de la psychiatrie, les difficultés avec les établissements médico-sociaux.

La mise en commun des difficultés et attentes des uns et des autres devrait permettre de lever certaines barrières et faciliter, au final, le parcours des personnes handicapées.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de ma considération distinguée.

Le Délégué Territorial,

Copie aux Directeurs Généraux et Directeurs

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548 0,09/mn TTC
dépens un poste fixe
www.ars.midipyrenees.sante.fr

Délégation territoriale de la Haute-Garonne
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9

Demande d'accueil en psychiatrie sur l'année 2013

(remplir 1 fiche par usager et par demande différente)

Attention
Document médical à
retourner au médecin
inspecteur de santé
publique
sous pli confidentiel

Nom de l'établissement médico-social accueillant l'utilisateur :

Nom – Prénom de l'utilisateur :

Age :

Diagnostic principal (en clair et/ou CIM 10) :

Diagnostics associés (en clair et/ou CIM 10) :

Troubles du comportement majeurs associés :

oui non

Type d'accueil demandé :

- Conseil téléphonique
 Soutien de l'équipe
 Consultation
 Observation dans l'établissement
 Hospitalisation de jour
 Hospitalisation complète programmée en urgence
 Autre (télé-expertise, téléconsultation...) précisez :

Date(s) (si plusieurs sollicitations pour la même demande) :

Etablissement et/ou service psychiatrique sollicité :

Raison pour laquelle, cet accueil a été demandé (difficultés internes rencontrées dans l'établissement médico-social et réponse attendue du secteur sanitaire) :

Réponse de l'établissement sanitaire :

Merci pour votre participation

ANNEXE 8

Avis d'appel à projet pour la création de 15 places de SAMSAH par transformation de places de SAVS

1



T A R N



LE DÉPARTEMENT

AVIS D'APPEL A PROJET MEDICO-SOCIAL N° 2014-81-PH-01

Appel à projet

Pour la création de 15 places de Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) (10 places généralistes et 5 places pour adultes présentant un handicap psychique) par transformation de places de service d'accompagnement à la vie sociale dans le département du TARN sur le bassin de santé d'Albi.

Clôture de l'appel à projet : le 26 août 2014.

Autorités compétentes pour l'appel à projet :

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 chemin du Raisin
31050 TOULOUSE Cedex 9

Conseil Général du Tarn
Lices Pompidou
81013 ALBI Cedex 09

Le secrétariat de la procédure d'appel à projet sera assuré par le Conseil Général du Tarn.

➤ **Cadre juridique de l'appel à projet**

- Code de l'action sociale et des familles (CASF) et notamment les articles L312-1 7°; D312-162 à 176 ; D 344-5-1 à D 344-5-16;
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)
- Arrêté du 22 octobre 2003 modifié par l'arrêté du 10 avril 2006 et arrêté du 26 décembre 2007 fixant les modèles de documents budgétaires.
- Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L 313-1-1 du CASF, et la circulaire du 28 décembre 2010 ;
- Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées et notamment le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) arrêté le 11 décembre 2012.
- Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en direction des personnes handicapées 2011-2016 voté par l'assemblée départementale le 19 janvier 2012.
- Délibération de la commission permanente du 13 décembre 2013 donnant avis favorable au cahier des charges d'appel à projet pour la création de 15 places de service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés par transformation de places de service d'accompagnement à la vie sociale dans le Tarn sur le bassin de santé d'Albi.

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548  0,09 mn TTC
depuis un poste fixe
www.ars.midipyrenees.sante.fr

Conseil général du Tarn
Lices Pompidou
81013 ALBI Cedex 09
www.tarn.fr

1- Objet de l'appel à projet :

Cet appel à projet s'inscrit dans le cadre des articles L 313-1-1 et suivants et R 313-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF) et s'adresse aux établissements et services relevant du 7° de l'article L312-1 du CASF.

L'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées et le Conseil Général du Tarn, compétents en vertu de l'article L 313-3 b du CASF pour délivrer l'autorisation, ouvrent un appel à projet pour la création de 15 places de SAMSAH dans le département du TARN.

Ces places de SAMSAH devront être créées par transformation de places de SAVS déjà existantes et financées par le Conseil Général du Tarn.

L'appel à projet est divisé en 2 sous projets autonomes, aux spécificités adaptées aux besoins du territoire concerné :

- Sous projet n°1
10 places pour adultes handicapés présentant tout type de handicap, hors handicap psychique, sur le bassin de santé d'Albi,
- Sous projet n°2
5 places pour adultes handicapés présentant un handicap psychique sur le bassin de santé d'Albi.

Chaque candidat a ainsi la possibilité de répondre à un seul ou aux deux projets.

Ces places de SAMSAH devront être rattachées à des places de SAVS déjà existantes, financées par le Conseil Général du Tarn.

Les SAMSAH constituent un dispositif essentiel du maintien à domicile des personnes handicapées en assurant un accompagnement médico-social en milieu ouvert.

Dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, le SAMSAH a pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées, en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux et sociaux, le maintien ou l'accès à la formation et l'emploi et, plus généralement, à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Ce service en milieu ordinaire vise une plus grande autonomie des personnes. Il propose donc une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert. Le SAMSAH, en favorisant le maintien à domicile, renforce l'alternative à l'admission en institution.

Cette structure de proximité :

- offre la souplesse nécessaire aux réajustements des projets de chaque usager ;
- favorise la coordination des intervenants ;
- s'adresse à un public large et en particulier à un public non institutionnalisé, non repéré et en rupture de tout dispositif existant ;
- prévoit l'accompagnement vers les soins de ceux qui les refusent ;
- s'adresse à la personne prise dans sa globalité ;
- soutient et informe l'entourage du malade (aidants familiaux en particulier) ;
- prévoit des mesures d'astreinte professionnelle les soirs et week-ends (période de grande vulnérabilité) ;
- répond à la politique générale de maintien dans le milieu naturel de vie et de « désinstitutionnalisation » ;
- s'inscrit dans une dynamique de prévention afin de soulager les aidants et les soignants en optimisant les moyens par la mutualisation des ressources ;

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548  0,09 mn TTC
depuis un poste fixe
www.ars.midipyrenees.sante.fr

Conseil général du Tarn
Lices Pompidou
81013 ALBI Cedex 09
www.tarn.fr

En application du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) de la région Midi-Pyrénées¹ et du schéma départemental en faveur des personnes handicapées du Tarn, le développement de l'offre de services pour adultes handicapés mérite d'être soutenu dans les territoires où l'offre demeure manifestement insuffisante pour assurer la couverture des besoins.

2- Cahier des charges :

Il est annexé au présent avis (**annexe 1**) et sera téléchargeable sur le site internet de l'ARS : www.ars.midipyrenees.sante.fr et du Conseil Général du Tarn www.tarn.fr

Il pourra également être adressé par voie postale ou par voie électronique dans un délai de 8 jours suivant la demande (article R 313-4-2 du CASF), demande écrite à formuler auprès du Département du Tarn à la seule adresse suivante :

Monsieur le Président du Conseil général du Tarn

Direction générale de la Solidarité

Service Tarification et Planification

Hôtel du Département

81013 ALBI CÉDEX 09

3- Sollicitation de précisions complémentaires :

Les candidats peuvent demander des compléments d'informations avant le 18 août 2014 exclusivement par messagerie électronique à l'adresse suivante : tarification.planification@cg81.fr. et en mentionnant, dans l'objet du courriel, la référence de l'appel à projet : "appel à projet n° 2014-81-PH-01.

Les questions et réponses seront consultables sur la foire aux questions du site internet de l'ARS de Midi-Pyrénées : www.ars.midipyrenees.sante.fr sous la rubrique « appels à projets médico-sociaux ».

Les autorités initiatrices pourront faire connaître à l'ensemble des candidats, via la foire aux questions, les précisions à caractère général qu'elles estiment nécessaires, au plus tard le 21 août 2014.

4- Critères de sélection et modalités d'évaluation des projets :

Afin de garantir un traitement équitable des dossiers réceptionnés et la transparence des procédures, les critères de sélection et modalités de cotation des projets font l'objet de l'**annexe 2** de l'avis d'appel à projet.

Les projets seront analysés par des instructeurs désignés par la Directrice Générale de l'ARS et le Président du Conseil Général du Tarn.

Les dossiers parvenus ou déposés après la date limite de dépôt des dossiers ne seront pas recevables (le cachet de la poste ou le récépissé de dépôt faisant foi).

La vérification des dossiers reçus dans la période de dépôt se fera selon deux étapes :

- vérification de la recevabilité, de la régularité administrative et de la complétude du dossier (article R 313-5-1 -1^{er} alinéa du CASF) ; en sollicitant le cas échéant des pièces complémentaires relatives aux informations administratives (article R 313-4-3 1° du CASF) dans un délai de 8 jours ;

¹ Téléchargeable sur le site Internet www.sante-midipyrenees.fr

- les dossiers reçus complets à la date de clôture de la période de dépôt et ceux qui auront été complétés dans le délai indiqué ci-dessus seront analysés sur le fond du projet en fonction des critères de sélection et de notation (**annexe 2**).

Les projets seront examinés et classés par la commission de sélection. Sa composition, fixée par arrêté, fera l'objet d'une publication aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de région Midi-Pyrénées et du Département mise en ligne sur le site internet de l'ARS et du Conseil Général du Tarn.

La décision d'autorisation de la Directrice Générale de l'ARS et du Président du Conseil Général du Tarn sera publiée selon les mêmes modalités, elle sera notifiée au candidat retenu par lettre recommandée avec avis de réception et elle sera également notifiée individuellement aux autres candidats (article R 313-7 du CASF).

En application de l'article R 313-6 du CASF, les décisions de refus préalables seront notifiées dans un délai de 8 jours suivant la réunion de la commission. Elles concernent les dossiers déposés hors délai, les dossiers ne respectant pas les conditions de régularité administrative ou les dossiers manifestement étrangers à l'objet de l'appel à projet.

5- Pièces justificatives exigibles et modalités de dépôt des dossiers des candidatures :

- **Pièces justificatives exigibles :**

Chaque dossier de candidature comprendra deux parties distinctes :

- Une partie n°1 : « candidature » apportant des éléments d'identification du candidat (liste des documents prévus au 1° - paragraphe 6 du présent avis) ;
- Une partie n°2 : « projet » apportant les éléments de réponse à l'appel à projet : le dossier de candidature devra répondre aux exigences du cahier des charges et s'appuiera sur la liste des documents prévus au 2° - paragraphe 6 du présent avis.

- **Modalités de dépôt des candidatures :**

Envoi par courrier ou remis directement sur place

Les dossiers de réponse seront transmis en trois exemplaires papier, au plus tard le 26 août 2014 à minuit (cachet de la poste faisant foi), soit :

- envoyés par voie postale à l'adresse suivante en recommandé avec accusé de réception,
- remis directement sur place contre récépissé (du lundi au vendredi de 8h45 à 11h30 et de 13h45 à 16h)

À la seule adresse suivante :

Monsieur le Président du Conseil général du Tarn
Direction générale de la Solidarité
Service Tarification et Planification
Hôtel du Département
81013 ALBI CÉDEX 09

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
 10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9

0 820 205 548  0,09 mn TTC
depuis un poste fixe

www.ars.midipyrenees.sante.fr

Conseil général du Tarn
 Lices Pampidou

81013 ALBI Cedex 09

www.tarn.fr

Qu'il soit envoyé ou déposé, le dossier de candidature sera inséré dans une enveloppe cachetée portant la mention "**NE PAS OUVRIR - Appels à projets médico-social n° 2014-81-PH-01** » qui comprendra deux sous enveloppes :

- une sous enveloppe portant la mention " Appels à projets médico-social n° 2014-81-PH-01. – candidature" (pièces justificatives exigibles en partie n°1),
- une sous-enveloppe portant la mention " Appels à projets médico-social n° 2014-81-PH-01. – projet" (liste des documents en annexe 2) qui ne sera ouverte qu'à l'issue de la période de dépôt.

Un exemplaire enregistré sur un support informatisé (CD-ROM ou clef USB – version compatible avec Word 2007) sera également joint à cet envoi dans la sous enveloppe cachetée comprenant la partie n°2 du dossier.

6- Composition du dossier (article R 313-4-3 du CASF)

1° Concernant la candidature, les pièces suivantes (à insérer dans la sous-enveloppe « candidature ») devront figurer au dossier :

- a) les documents permettant une identification du candidat, notamment un exemplaire des statuts s'il s'agit d'une personne morale de droit privé,
- b) une déclaration sur l'honneur du candidat, certifiant qu'il n'est pas l'objet de l'une des condamnations devenues définitives mentionnées au livre III du CASF,
- c) une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est l'objet d'aucune des procédures mentionnées aux articles L 313-16, L 331-5, L 471-3, L 472-10, L 474-2 ou L474-5,
- d) une copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu en vertu du code du commerce,
- e) les éléments descriptifs de son activité dans le domaine médico-social et de la situation financière de cette activité ou de son but médico-social, tel que résultant de ses statuts lorsqu'il ne dispose par encore d'une telle activité.

2° Concernant la réponse au projet, les documents suivants seront joints (à insérer dans la sous-enveloppe « projet ») :

- a) tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux besoins décrits par le cahier des charges ;
- b) un état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire
 - un dossier relatif aux démarches et procédures propres à garantir la qualité de la prise en charge comprenant :
 - un avant projet du projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L 311-8 du CASF,
 - l'énoncé des dispositions propres à garantir les droits des usagers en application des articles L 311-3 et L 311-8 du CASF,
 - la méthode d'évaluation prévue pour l'application du premier alinéa de l'article L 312-8 du CASF, ou le résultat des évaluations faites en application du même article dans le cas d'une extension ou d'une transformation,
 - le cas échéant, les modalités de coopérations envisagées en application de l'article L 312-7 du CASF
 - un dossier relatif aux personnels comprenant une répartition prévisionnelle des effectifs par type de qualification

- selon la nature de la prise en charge ou en tant que de besoin un dossier relatif aux exigences architecturales comportant :
 - une note sur le projet architectural décrivant avec précision l'implantation, la surface et la nature des locaux en fonction de leur finalité et du public accompagné ou accueilli,
 - En cas de construction nouvelle, des plans prévisionnels qui peuvent, conformément au règlement qui leur est applicable, ne pas être au moment de l'appel à projet, obligatoirement réalisés par un architecte.
 - un dossier financier comportant outre le bilan financier du projet et le plan de financement de l'opération mentionnés au 2° de l'article R 314-4-3 du CASF,
 - les comptes annuels consolidés de l'organisme gestionnaire lorsqu'ils sont obligatoires,
 - le programme d'investissement prévisionnel précisant la nature des opérations, leurs coûts, leurs modes de financement et un planning de réalisation,
 - en cas d'extension ou de transformation d'un établissement ou d'un service existant, le bilan comptable de cet établissement ou ce service,
 - les incidences sur le budget d'exploitation de l'établissement ou du service du plan de financement mentionné ci-dessus,
 - le cas échéant, les incidences sur les dépenses restant à la charge des personnes accueillies ou accompagnées,
 - le budget prévisionnel en année pleine de l'établissement ou du service pour sa première année de fonctionnement,
- Les modèles des documents relatifs au bilan financier, au plan de financement et au budget prévisionnel sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'action sociale

c) dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s'associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopération envisagées devra être fourni.

7- Publication et modalités de consultation de l'avis d'appel à projets :

Le présent avis d'appel à projet et ses annexes est publié aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la région et du Conseil Général du Département du Tarn, consultable et téléchargeable sur le site internet de l'ARS www.ars.midipyrenees.sante.fr (rubrique « appels à projets médico-sociaux ») et du Conseil général www.tarn.fr

Il peut être remis gratuitement dans un délai de huit jours aux candidats qui le demandent par courrier en recommandé avec avis de réception.

8- Calendrier

Date limite de sollicitation de précisions par les candidats : 18 août 2014.

Date limite de réception des projets ou de dépôt des dossiers de candidatures : 26 août 2014.

Date limite de notification de décision : 26 février 2015.

Fait à Toulouse, le **20 MAI 2014**

La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées



Le Président du Conseil Général du Tarn



Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548  0,09 mn TTC
depuis un poste fixe
www.ars.midipyrenees.sante.fr

Conseil général du Tarn
Lices Pampidou
81013 ALBI Cedex 09
www.tarn.fr

ANNEXE 9

Cahier des charges de l'appel à projet pour la création de 15 places de SAMSAH, par transformation de places de SAVS

ARS Midi Pyrénées / CG Tarn
Appel à projets à compétence conjointe SAMSAH 81
ANNEXE 1 Cahier des charges



T A R N



LE DÉPARTEMENT

CAHIER DES CHARGES

Avis d'appel à projet n° 2014-81-PH-01

Pour la création de 15 places de SAMSAH (10 places généralistes et 5 places pour adultes présentant un handicap psychique) par transformation de places de SAVS dans le département du TARN

DESCRIPTIF DES PROJETS

Le présent appel à projet est divisé en 2 projets autonomes ayant chacun leur spécificité selon les besoins du territoire concerné.
Chaque candidat a ainsi la possibilité de répondre à un seul ou aux deux projets décrits ci-dessous.

Ces places de SAMSAH devront être créées par transformation des places de SAVS déjà existantes et financées par le Conseil Général du Tarn.

Spécificité du projet n°1 :

PUBLIC CONCERNE	Adultes handicapés présentant tout type de handicap hors handicap psychique bénéficiant d'une notification d'orientation de la CDAPH (MDPH)
TERRITOIRE	Bassin de santé d'Albi
NOMBRE DE PLACES	10 places

Spécificité du projet n°2 :

PUBLIC CONCERNE	Adultes handicapés présentant un handicap psychique bénéficiant d'une notification d'orientation de la CDAPH (MDPH).
TERRITOIRE	Bassin de santé d'Albi
NOMBRE DE PLACES	5 places

PREAMBULE

Le présent document constitue le cahier des charges auquel les dossiers de candidature devront se conformer.

Il a pour objectifs d'identifier les besoins médico-sociaux à satisfaire et indique les exigences que doit respecter le projet afin de répondre à ces besoins.

Il invite les candidats à proposer les modalités de réponse qu'ils estiment les plus aptes à satisfaire aux objectifs et besoins décrits, afin notamment d'assurer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes ou publics concernés.

1. CADRE JURIDIQUE

L'Agence Régionale de Santé Midi Pyrénées et le Conseil Général du Tarn, compétents en vertu de l'article L313-3 du CASF pour délivrer l'autorisation, ouvrent un appel à projet pour la création de 15 places de SAMSAH pour adultes handicapés (5 places pour handicap psychique et 10 places pour les autres types de handicaps), dans le bassin de santé d'Albi, département du Tarn.

L'autorisation sera de **15** ans renouvelable au vu des résultats positifs de l'évaluation externe telle que mentionnée au deuxième alinéa de l'article L312-8 du CASF.

En application de l'article R 313 – 3 -1 I 3° du CASF, les candidats sont autorisés à présenter des variantes aux exigences posées par le présent cahier des charges sous réserve du respect des exigences minimales suivantes :

- la catégorie d'établissement et de clientèle.
- la pluridisciplinarité de l'équipe.
- le nombre de places mentionné dans le descriptif des projets.
- le coût global du projet.
- le rattachement à des places de SAVS existantes.

2. LES BESOINS

L'un des objectifs du SROMS Personnes handicapées est la diversification de l'offre par le développement des alternatives à l'hébergement permanent comme la création de places d'accompagnement médico-social dans les bassins de santé aux taux d'équipement les plus bas pour ce type de prise en charge.

De la même façon cet appel à projet répond à une des orientations principales du Schéma Départemental Personnes Handicapées du Conseil Général du Tarn, en permettant à l'adulte handicapé de rester au domicile familial.

Ce dispositif répond aux besoins de parcours individualisés en favorisant un maillage territorial en services d'accompagnement, afin d'apporter des réponses de proximité adaptées à ces publics tout en favorisant le maintien à domicile.

A ce jour le Département du Tarn dispose des accompagnements suivants :

Nombre de places/bassin	SAVS	SAVS Handicap psychique	SAMSAH	SAMSAH handicap psychique
Bassin 1	130	20		6
Bassin 2	96	20	7	8
Bassin 3	62			7
Département	288	40	7	21

Le département du Tarn présente un taux d'équipement en places autorisées de SAMSAH de 0,15 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans, inférieur au taux d'équipement régional qui est de 0,18. Le bassin de santé d'Albi, avec seulement 6 places de SAMSAH (consacrées en totalité au handicap psychique), présente un taux d'équipement de 0,07 largement inférieur à celui des deux autres bassins de santé du département (respectivement 0,20 et 0,22).

Afin de rééquilibrer ce taux d'équipement, d'une part par rapport au taux régional et d'autre part au sein même du territoire, 15 places seront créées sur le bassin de santé d'Albi : 10 places à caractère généraliste et 5 places pour le handicap psychique.

3. TYPE DE REPONSE ATTENDUE:

Le promoteur pourra déposer un projet pouvant concerner la réalisation d'un seul ou des deux projets.

Dans le cas où un candidat présente un projet global mais souhaite pouvoir n'être retenu que sur un des projets, celui-ci s'efforcera à ce que chacune des réponses soit réalisable indépendamment l'une de l'autre.

En effet, la commission établira une note sur chacun des 2 projets selon une grille de notation commune (cf. ANNEXE 2 de l'avis d'appel à projets).

Dans le cas où la réponse proposée ne saurait être divisée en deux projets distincts selon les exigences du présent cahier des charges, mais concerne l'ensemble des places à créer, l'opérateur prend le risque de ne pas être retenu, si une candidature portant sur un seul des projets obtient une meilleure note que son projet noté dans sa globalité.

L'objet du présent appel à projets est de renforcer l'offre en places autorisées sur le bassin albigeois, compte tenu de l'existant et des besoins repérés par le SROMS Personnes handicapées de l'ARS Midi-Pyrénées et le Schéma Départemental Personnes Handicapées du Département du Tarn.

Afin de diversifier l'accompagnement social et renforcer l'accompagnement médico-social, il est proposé la transformation de 10 places de SAVS en SAMSAH en faveur de personnes présentant tout type de handicaps hors handicap psychique et la transformation de 5 places de SAVS en SAMSAH réservées à l'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques.

PROJET N°1 : Transformation de 10 places de SAVS en SAMSAH pour tout type de handicap hors handicap psychique.

1/ INTITULE DE L'APPEL A PROJET :

L'appel à projet pour la transformation de 10 places de service d'accompagnement à la vie sociale en 10 places de service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (**hors handicap psychique**) a pour mission de renforcer leur suivi sanitaire, social, leur réinsertion sociale ou professionnelle et ainsi compléter les interventions des SAVS existants auprès des personnes handicapées vivant à domicile.

2/ CAPACITE A FAIRE ET EXPERIENCE DU PROMOTEUR

Le promoteur devra établir sa capacité à réaliser le projet dans les conditions prévues dans ce cahier des charges.

Le candidat devra apporter des précisions sur :

- son projet associatif et de service ;
- son organisation (organigramme, dépendance vis-à-vis du siège ou d'autres structures, partenariats et coopérations inter-associatifs en cours) ;
- ses activités et ses précédentes réalisations dans le domaine médico-social ;
- son équipe de direction (qualifications, tableau d'emploi de direction, circuit décisionnel).

3/ CARACTERISTIQUES DU PROJET

Public concerné

Le projet est destiné aux adultes handicapés **pour tout type de handicap hors handicap psychique**, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie conformément à l'article D344-5-1 du CASF, âgés de 20 à 59 ans orientés par la Commission Départementale des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Le SAMSAH s'adresse prioritairement à un public pour lequel un accompagnement soutenu pourrait amener une plus importante autonomie.

Le SAMSAH doit répondre aux besoins et aux souhaits de prise en charge des personnes handicapées adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleurs handicapés.

Territoire ciblé et modalités de création des places

Le SAMSAH devra être en mesure d'intervenir sur l'ensemble du bassin de santé d'Albi.

Le projet retenu devra répondre à la transformation de places de SAVS en complément des accompagnements sociaux, afin de diversifier les réponses notamment dans la prise en charge des poly déficiences.

Il s'inscrit dans les axes du schéma départemental :

- Développer et optimiser les services de soutien à domicile pour les bénéficiaires et leurs aidants,
- Développer une offre de service de qualité, diversifiée et répartie afin d'équilibrer l'offre quantitative sur le territoire départemental.

Caractéristiques de l'offre sur la zone concernée

Compte tenu des besoins estimés du bassin albigeois, le SAMSAH a vocation à s'appuyer sur les acteurs locaux et à compléter l'offre d'accompagnement, sans s'y substituer. A ce titre, il est demandé

au porteur de projet de faire état de l'évaluation des besoins et du réseau de partenariat sur lequel il inscrira son accompagnement.

Modalités d'organisation et de fonctionnement

En tant que structure médico-sociale, le SAMSAH est tenu d'élaborer un projet de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Il vient en complément des interventions des services existants auprès des personnes handicapées vivant à domicile.

Objectifs des modalités d'organisation et de fonctionnement : (cf. art. D312-166 du CASF).

Le SAMSAH comprend un volet social qui a pour objectif de contribuer à :

- l'accompagnement de l'usager dans la réalisation de son projet de vie individualisé,
- le maintien ou la restauration de ses relations familiales, sociales dans sa vie quotidienne,
- Le maintien de ses droits en favorisant la compréhension des dispositifs, en soutenant ses démarches d'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité,
- l'encouragement dans son insertion sociale, universitaire, professionnelle.

Il comprend également un volet santé qui a pour objectif de contribuer à :

- L'identification des besoins et des capacités,
- L'accès aux soins,
- La coordination des soins médicaux et paramédicaux en milieu ordinaire,
- L'observance du traitement,
- L'information et la coordination des actions de soins de prévention et d'éducation à la santé.

Les prestations minimales à mettre en œuvre dans la réalisation de ces objectifs :

Plus précisément, **le projet s'attachera à mettre en œuvre** :

- dans le cadre du projet de vie :

Le volet social d'un SAMSAH reprend les prestations mentionnées aux articles. D312-163 et -164 du CASF :

- Assistance ou accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence.
- Accompagnement social en milieu ouvert et apprentissage de l'autonomie.

Le SAMSAH, dans le cadre du projet de vie, devra s'efforcer d'évaluer les besoins et capacités d'autonomie de la personne, identifier l'aide à mettre en œuvre et délivrer à cet effet des informations et conseils personnalisés.

Il devra également suivre et coordonner les actions des différents intervenants, accompagner la personne dans ses actes quotidiens de la vie domestique et sociale.

Le SAMSAH devra enfin soutenir la personne dans ses relations avec son environnement social et familial, contribuer à son insertion et assurer un suivi éducatif et psychologique.

- dans le cadre du projet de soins :

Le volet médical d'un SAMSAH reprend les prestations mentionnées à l'art. D312-167 et -168 du CASF. Dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager, le SAMSAH veille à la réalisation.

- des soins réguliers et coordonnés.
- d'un accompagnement médical et paramédical en milieu ordinaire de vie (y compris milieu universitaire et professionnel) permettant de garantir l'accès des soins.

Le promoteur portera au dossier un descriptif synthétique des moyens et des protocoles médicaux envisagés en prenant en compte la spécificité du public accueilli.

Le personnel :

Un état des effectifs (nombre d'équivalent temps plein) devra être explicitement renseigné par type de qualification et d'emplois.

L'organigramme du SAMSAH devra être joint au dossier.
Le personnel devra être réparti selon les deux volets social et médical.

Pour fonctionner, le SAMSAH s'attachera à mutualiser certains postes administratifs (direction, secrétariat, comptabilité, ...), ou des personnels en charge de l'entretien des locaux.
Le plan de recrutement, la convention collective nationale de travail applicable, le plan de formation prévisionnel, devront être indiqués.

La gouvernance et l'équipe de direction :

Le candidat devra s'efforcer de préciser la composition et le fonctionnement de l'instance de gouvernance ainsi que l'organisation de l'équipe de direction.

La composition de l'équipe pluridisciplinaire

Le projet présentera les ressources humaines prévues dans le cadre des articles D312-165 et D312-169 du CASF en précisant celles relevant du volet social et celles relevant du volet médical.

Pour le volet social : s'agissant d'une transformation de places SAVS, il est attendu du porteur de projet de préciser les mutualisations dans le cadre de l'accompagnement existant et des articulations avec l'équipe de soins à effectif constant

Pour le volet médical : les prestations seront mises en œuvre par une équipe composée à minima d'auxiliaires médicaux (régis par le livre III de la 4^{ème} partie du Code de la Santé publique) et d'aides-soignantes.

L'action du SAMSAH s'efforcera également de favoriser l'accès et la continuité des soins en prévoyant un temps de médecin et d'infirmier coordinateur dans l'équipe pluridisciplinaire.

Une attention particulière sera portée sur le rôle du temps de médecin et d'infirmier coordinateur dans la structure.

Les personnels pourront être salariés du service ou, s'ils sont habilités, exercer en libéral. Dans ce cas, ils concluent avec la personne morale gestionnaire une convention précisant notamment l'engagement du professionnel libéral à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service visant à garantir la qualité des prestations.

Organisation de l'accueil : Jours d'ouverture / Horaires / Heures de permanence téléphoniques et physiques.

Une ouverture 5 voire 6 jours par semaine du SAMSAH, sur toute l'année, sera privilégiée. Le porteur de projet précisera l'organisation mise en œuvre en dehors des horaires d'ouverture.

L'amplitude horaire devra présenter une souplesse d'intervention permettant la mise en œuvre des projets individualisés de la personne accompagnée.

Le porteur de projet s'attachera à présenter un pré-projet, en développant les deux volets social et médical, les modalités d'admission, et de sortie, la prise en compte des modalités d'orientation de la CDAPH et la nécessité d'informer l'utilisateur quant aux conditions de prise en charge au titre de l'aide sociale conformément au règlement départemental d'aide sociale du Département du Tarn.

Le dossier devra comporter un planning-type pour une semaine.

Chaque personne bénéficiera d'un projet individualisé d'accompagnement écrit et communiqué à l'aidant.

Le promoteur définira les modalités de gestion des informations concernant l'utilisateur dans le respect de la confidentialité.

Le SAMSAH établira un projet de service présentant les objectifs médico-sociaux, le candidat précisera notamment la nature des activités qu'il compte mettre en œuvre pour répondre aux besoins des personnes.

Implantation et locaux

Le SAMSAH étant adossé à un SAVS existant, la mutualisation de certains locaux (secrétariat, salle de réunion...) avec le SAVS est à privilégier. Toutefois, son accès et les locaux d'accueil et d'entretien doivent être clairement identifiés par l'utilisateur.

Les locaux devront respecter les normes d'accessibilité et de sécurité en vigueur. Si l'activité SAMSAH est adossée à d'autres activités du gestionnaire, son identification spécifique sera clairement indiquée.

Le projet indique les surfaces et la nature des locaux (accueil, salle de réunion et/ d'activités, secrétariat, bureaux d'entretiens ou de consultation...).

Coopérations et partenariats

Dans l'objectif d'une réponse de proximité, le promoteur devra s'appuyer sur un réseau de partenariat avec les structures et services complétant le dispositif d'accompagnement.

Le SAMSAH inscrira son action dans un réseau de partenaires et d'acteurs impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement. L'articulation du projet avec son environnement devra être précisée. Le promoteur devra faire mention des partenariats et fournir des lettres d'intention des partenaires identifiés.

A ce titre, le porteur de projet indiquera les conventions existantes ou projetées au moment du dépôt du dossier notamment avec le Centre Hospitalier pivot du bassin de santé.

4/ MODALITES D'EVALUATION ET DE MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES USAGERS

Droit des usagers

Le promoteur devra présenter l'effectivité des droits des usagers, à travers la mise en place d'outils et protocoles prévus réglementairement (loi n°2002-2 du 2 janvier 2002) : avant-projet de service ; règlement de fonctionnement ; contrat d'accueil ; livret d'accueil ; questionnaire de satisfaction ; protocole de gestion des situations de maltraitance et autres situations à risque ; charte des droits et des libertés de la personne accueillie.

Les modalités de mise en place et de suivi de ces outils devront être précisées par le promoteur.

Evaluation interne et externe

Sur le fondement de l'article L 312-8 du CASF, le service devra procéder à des évaluations internes et externes de son activité et de la qualité des prestations délivrées, notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Le promoteur devra préciser les modalités et méthodes d'évaluation envisagées, en s'appuyant notamment sur les recommandations de l'ANESM.

De plus, selon sa situation au regard du calendrier de l'évaluation et des réalisations en ce domaine, il conviendra de fournir les résultats des évaluations antérieures et un calendrier prévisionnel d'évaluation.

5/ COHERENCE FINANCIERE DU PROJET

Le budget de la section soins devra respecter le financement de référence afférent aux SAMSAH soit un coût annuel à la place de 13 866 € et sera financé sous la forme d'une dotation.

Les crédits alloués à ce jour pour les prestations SAVS seront reconduites par le Conseil général en vue de leur transformation. Les dotations budgétaires seront déterminées chaque année sous la forme d'un prix de journée et assujetties aux dispositions en vigueur, telles que les prévoit le Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département du Tarn.

Les projets déposés par les candidats devront impérativement respecter le nombre de places créées ainsi que l'enveloppe budgétaire prévue à cet effet.

6/ DELAI DE MISE EN OEUVRE

Le projet devra être mis en œuvre au plus tard en avril 2015.

PROJET N°2 : Transformation de 5 places de SAVS en 5 places de SAMSAH pour personnes présentant des troubles psychiques

1/ INTITULE DE L'APPEL A PROJET :

L'appel à projet pour la transformation de 5 places de service d'accompagnement à la vie sociale en 5 places de service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés psychiques, a pour mission un suivi médical et social en vue d'une réinsertion sociale ou professionnelle auprès des personnes handicapées vivant à domicile.

2/ CAPACITE A FAIRE ET EXPERIENCE DU PROMOTEUR

Le promoteur devra établir sa capacité à réaliser le projet dans les conditions prévues dans ce cahier des charges.

Le candidat devra apporter des précisions sur :

- son projet associatif et de service ;
- son organisation (organigramme, dépendance vis-à-vis du siège ou d'autres structures, partenariats et coopérations inter-associatifs en cours) ;
- ses activités et ses précédentes réalisations dans le domaine médico-social ;
- son équipe de direction (qualifications, tableau d'emploi de direction, circuit décisionnel).

3/ CARACTERISTIQUES DU PROJET

Public concerné

Le projet est destiné aux adultes présentant un handicap psychique, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie conformément à l'article D344-5-1 du CASF, âgés de 20 à 59 ans orientés par la CDAPH.

Le SAMSAH s'adresse prioritairement à un public pour lequel un accompagnement soutenu pourrait amener une plus importante autonomie.

Le SAMSAH doit répondre aux besoins et aux souhaits de prise en charge des personnes handicapées adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleurs handicapés.

Territoire ciblé et modalités de création des places

Le SAMSAH devra être en mesure d'intervenir sur l'ensemble du bassin de santé d'Albi.

Le projet retenu devra répondre à la transformation de places de SAVS en complément des accompagnements sociaux afin de diversifier les réponses et garantir la continuité des soins.

Il s'inscrit dans les axes du schéma départemental :

- Développer et optimiser les services de soutien à domicile pour les bénéficiaires et leurs aidants.
- Développer une offre de service de qualité, diversifiée et répartie de façon à équilibrer l'offre quantitative sur le territoire départemental.

Caractéristiques de l'offre sur la zone concernée

Compte tenu des besoins estimés du bassin de santé albigeois, le SAMSAH a vocation à s'appuyer sur les acteurs locaux et à compléter l'offre d'accompagnement, sans s'y substituer. A ce titre, il est demandé au porteur de projet de faire état de l'évaluation des besoins et du réseau de partenariat sur lequel il inscrira son accompagnement.

Modalités d'organisation et de fonctionnement

En tant que structure médico-sociale, le SAMSAH est tenu d'élaborer un projet de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Il vient en complément des interventions des services existants auprès des personnes handicapées vivant à domicile.

Objectifs des modalités d'organisation et de fonctionnement : (cf. art. D312-166 du CASF).

Le SAMSAH comprend un volet social qui a pour objectif de contribuer à :

- l'accompagnement de l'utilisateur dans la réalisation de son projet de vie individualisé ;
- le maintien ou la restauration de ses relations familiales, sociales dans sa vie quotidienne ;
- Le maintien de ses droits en favorisant la compréhension des dispositifs, en soutenant ses démarches d'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité ;
- l'encouragement dans son insertion sociale, universitaire, professionnelle.

Il comprend également un volet médical qui a pour objectif de contribuer à :

- L'identification des besoins et des capacités,
- L'accès aux soins,
- La coordination des soins médicaux et paramédicaux en milieu ordinaire,
- L'observance du traitement,
- L'information et la coordination des actions de soins de prévention et d'éducation à la santé.

Les prestations minimales à mettre en œuvre dans la réalisation de ces objectifs :

Plus précisément, le projet s'attachera à mettre en œuvre :

- dans le cadre du projet de vie :

Le volet social d'un SAMSAH reprend les prestations mentionnées aux articles. D312-163 et -164 du CASF :

- Assistance ou accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence.
- Accompagnement social en milieu ouvert et apprentissage de l'autonomie.

Le SAMSAH, dans le cadre du projet de vie, devra s'efforcer d'évaluer les besoins et capacités d'autonomie de la personne, identifier l'aide à mettre en œuvre et délivrer à cet effet des informations et conseils personnalisés.

Il devra également suivre et coordonner les actions des différents intervenants, accompagner la personne dans ses actes quotidiens de la vie domestique et sociale.

Le SAMSAH devra enfin soutenir la personne dans ses relations avec son environnement social et familial, contribuer à son insertion et assurer un suivi éducatif et psychologique.

- dans le cadre du projet de soins :

Le volet médical d'un SAMSAH reprend les prestations mentionnées aux articles. D312-167 et -168 du CASF. Dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager, le SAMSAH veille à :

- la réalisation des soins réguliers et coordonnés,
- Un accompagnement médical et paramédical en milieu ordinaire de vie (y compris milieu universitaire et professionnel) permettant de garantir l'accès des soins.

Pour assurer à la fois les soins psychiques et somatiques, ainsi que l'éducation thérapeutique, le promoteur devra expliciter la manière dont il entend organiser la continuité et la coordination des soins compte-tenu des spécificités du territoire (professionnel libéraux, secteur psychiatrique, établissement psychiatrique, établissement de santé).

Le promoteur portera au dossier un descriptif synthétique des moyens et des protocoles médicaux envisagés en prenant en compte la spécificité du public accueilli.

Le personnel :

Un état des effectifs (nombre d'équivalent temps plein) devra être explicitement renseigné par type de qualification et d'emplois.

L'organigramme du SAMSAH devra être joint au dossier.
Le personnel devra être réparti selon les deux volets social et médical.

Pour fonctionner, le SAMSAH s'attachera à mutualiser certains postes administratifs (direction, secrétariat, comptabilité, ...), ou des personnels en charge de l'entretien des locaux.
Le plan de recrutement, la convention collective nationale de travail applicable, le plan de formation prévisionnel, devront être indiqués.

La gouvernance et l'équipe de direction :

Le candidat devra s'efforcer de préciser la composition et le fonctionnement de l'instance de gouvernance ainsi que l'organisation de l'équipe de direction.

La composition de l'équipe pluridisciplinaire

Le projet présentera les ressources humaines prévues dans le cadre des articles D312-165 et D312-169 du CASF en précisant celles relevant du volet social et celles relevant du volet médical.

Pour le volet social : s'agissant d'une transformation de places SAVS, il est attendu du porteur de projet de préciser les mutualisations dans le cadre de l'accompagnement existant et des articulations avec l'équipe de soins à effectif constant.

Pour le volet médical : les prestations seront mises en œuvre par une équipe composée à minima d'auxiliaires médicaux (régis par le livre III de la 4^{ème} partie du Code de la Santé publique) et d'aides-soignantes.

L'action du SAMSAH s'efforcera également de favoriser l'accès et la continuité des soins en prévoyant un temps de médecin et d'infirmier coordinateur dans l'équipe pluridisciplinaire.

Une attention particulière sera portée sur le rôle du temps de médecin et d'infirmier coordinateur dans la structure.

Les personnels pourront être salariés du service ou, s'ils sont habilités, exercer en libéral. Dans ce cas, ils concluent avec la personne morale gestionnaire une convention précisant notamment l'engagement du professionnel libéral à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service visant à garantir la qualité des prestations.

En ce qui concerne les psychologues, il conviendra de faire appel à des psychologues cliniciens, qualifiés en psychologie clinique et psychopathologique.

Organisation de l'activité : Jours d'ouverture / Horaires / Heures de permanence physique et téléphonique

Une ouverture 5 voire 6 jours par semaine du SAMSAH, sur toute l'année, sera privilégiée. Le porteur de projet précisera l'organisation mise en œuvre en dehors des horaires d'ouverture.

L'amplitude horaire devra présenter une souplesse d'intervention permettant la mise en œuvre des projets individualisés de la personne accompagnée.

Le porteur de projet s'attachera à présenter un pré-projet, en développant les deux volets social et médical, les modalités d'admission, et de sortie, la prise en compte des modalités d'orientation de la CDAPH et la nécessité d'informer l'usager quant aux conditions de prise en charge au titre de l'aide sociale conformément au règlement départemental d'aide sociale du Département du Tarn.

Le dossier devra comporter un planning-type pour une semaine.

Chaque personne bénéficiera d'un projet individualisé d'accompagnement écrit et communiqué à l'aidant.

Le promoteur définira les modalités de gestion des informations concernant l'utilisateur dans le respect de la confidentialité.

Implantation et locaux

Le SAMSAH étant adossé à un SAVS existant, la mutualisation de certains locaux (secrétariat, salle de réunion...) avec le SAVS est à privilégier. Toutefois, son accès et les locaux d'accueil et d'entretiens doivent être clairement identifiés par l'utilisateur.

Les locaux devront respecter les normes d'accessibilité et de sécurité en vigueur. Si l'activité SAMSAH est adossée à d'autres activités du gestionnaire, son identification spécifique sera clairement indiquée.

Le projet indique les surfaces et la nature des locaux (accueil, salle de réunion et/ d'activités, secrétariat, bureaux d'entretiens ou de consultation...).

Coopérations et partenariats

Dans l'objectif d'une réponse de proximité, le promoteur devra s'appuyer sur un réseau de partenariat avec les structures et services complétant le dispositif d'accompagnement.

Le SAMSAH inscrira son action dans un réseau de partenaires et d'acteurs impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement. L'articulation du projet avec son environnement devra être précisée. Le promoteur devra faire mention des partenariats et fournir des lettres d'intention des partenaires identifiés.

A ce titre, le porteur de projet indiquera les conventions existantes ou projetées au moment du dépôt du dossier notamment avec le Centre Hospitalier pivot du bassin de santé.

4/ MODALITES D'EVALUATION ET DE MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES USAGERS

Droit des usagers

Le promoteur devra présenter l'effectivité des droits des usagers, à travers la mise en place d'outils et protocoles prévus réglementairement (loi n°2002-2 du 2 janvier 2002) : avant-projet de service, règlement de fonctionnement, contrat d'accueil, livret d'accueil, questionnaire de satisfaction, protocole de gestion des situations de maltraitance et autres situations à risque, charte des droits et des libertés de la personne accueillie...

Les modalités de mise en place et de suivi de ces outils devront être précisées par le promoteur.

Evaluation interne et externe

Sur le fondement de l'article L 312-8 du CASF, le SAMSAH devra procéder à des évaluations internes et externes de son activité et de la qualité des prestations délivrées, notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Le promoteur devra préciser les modalités et méthodes d'évaluation envisagées, en s'appuyant notamment sur les recommandations de l'ANESM.

De plus, selon sa situation au regard du calendrier de l'évaluation et des réalisations en ce domaine, il conviendra de fournir les résultats des évaluations antérieures et un calendrier prévisionnel d'évaluation.

5/ COHERENCE FINANCIERE DU PROJET

Le budget de la section soins devra respecter le financement de référence afférent aux SAMSAH, soit un coût annuel à la place de 13 866 € et sera financé sous la forme d'une dotation.

Les crédits alloués à ce jour pour les prestations SAVS seront reconduites par le Conseil général en vue de leur transformation. Les dotations budgétaires seront déterminées chaque année sous la forme d'un prix de journée et assujetties aux dispositions en vigueur, telles que les prévoit le Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département du Tarn.

Les projets déposés par les candidats devront impérativement respecter le nombre de places créées ainsi que l'enveloppe budgétaire prévue à cet effet.

6/ DELAI DE MISE EN OEUVRE

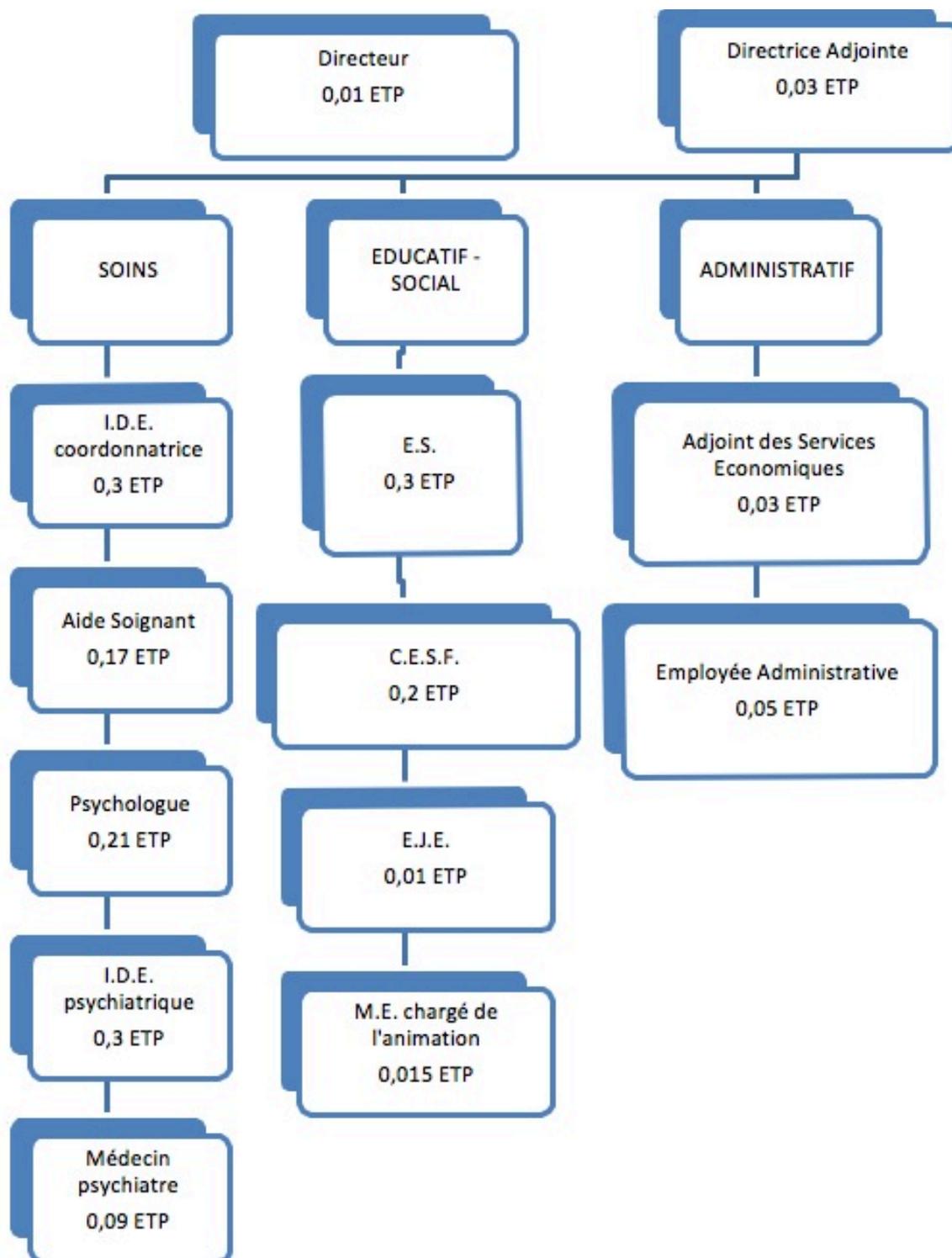
Le projet devra être mis en œuvre au plus tard en avril 2015.

ANNEXE 2 : Critères de sélection et de notation

THEMES	CRITERES	Note
Capacité à faire et expérience du promoteur	Réalisations passées - expériences antérieures justifiant du savoir faire requis	/15
	Connaissance du territoire	/5
	Faisabilité du calendrier, identification des points critiques et actions mises au regard (recrutement, foncier et bâti, ...)	/5
Desserte de la zone	Localisation des points d'accueil - pertinence de la couverture géographique	/10
	Modalité d'organisation des transports	/10
	Modalité d'élaboration et de mise en œuvre du projet de service et du projet individualisé	/20
Qualité du projet	Modalité d'organisation et d'ouverture de l'accueil de jour sur les différents sites (amplitudes d'ouverture par site)	/15
	Tableau des effectifs, plan de formation prévisionnel, compétences et qualifications mobilisées	/15
	Modalités de mise en œuvre des droits des usagers	/5
	Modalités et méthodes d'évaluation prévues	/5
	Coordination / partenariat avec les professionnels de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire (acteurs du secteur social, médico-social et sanitaire)	/20
Coopérations et partenariats	Coordination / partenariat avec les organismes publics et associatifs locaux	/10
	Cohérence du budget (référence au coût à la place - niveau du reste à charge pour les usagers)	/15
TOTAL / 150		

ANNEXE 10

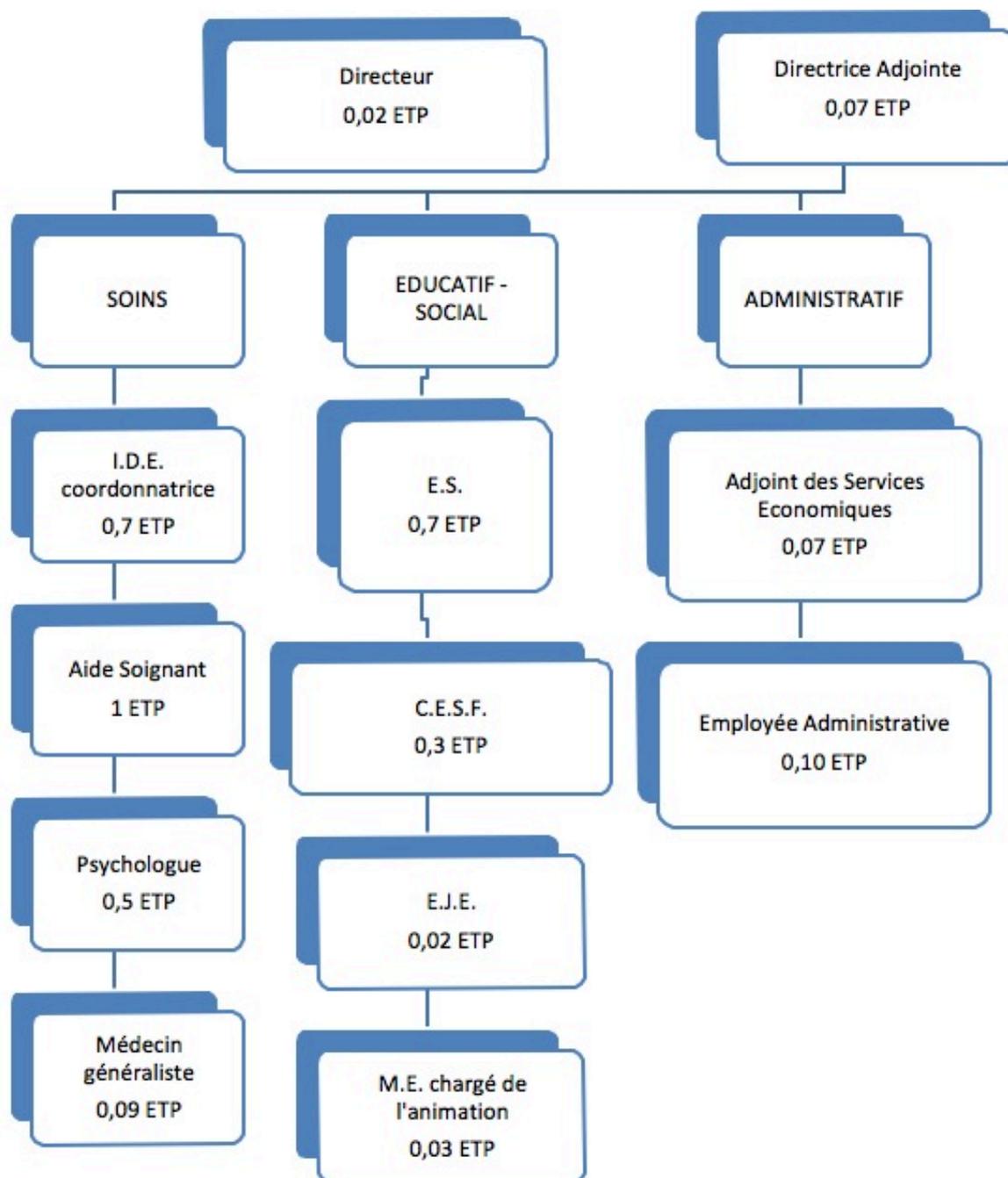
Organigramme pour un SAMSAH de 5 places



TOTAL E.T.P : 1.715

ANNEXE 11

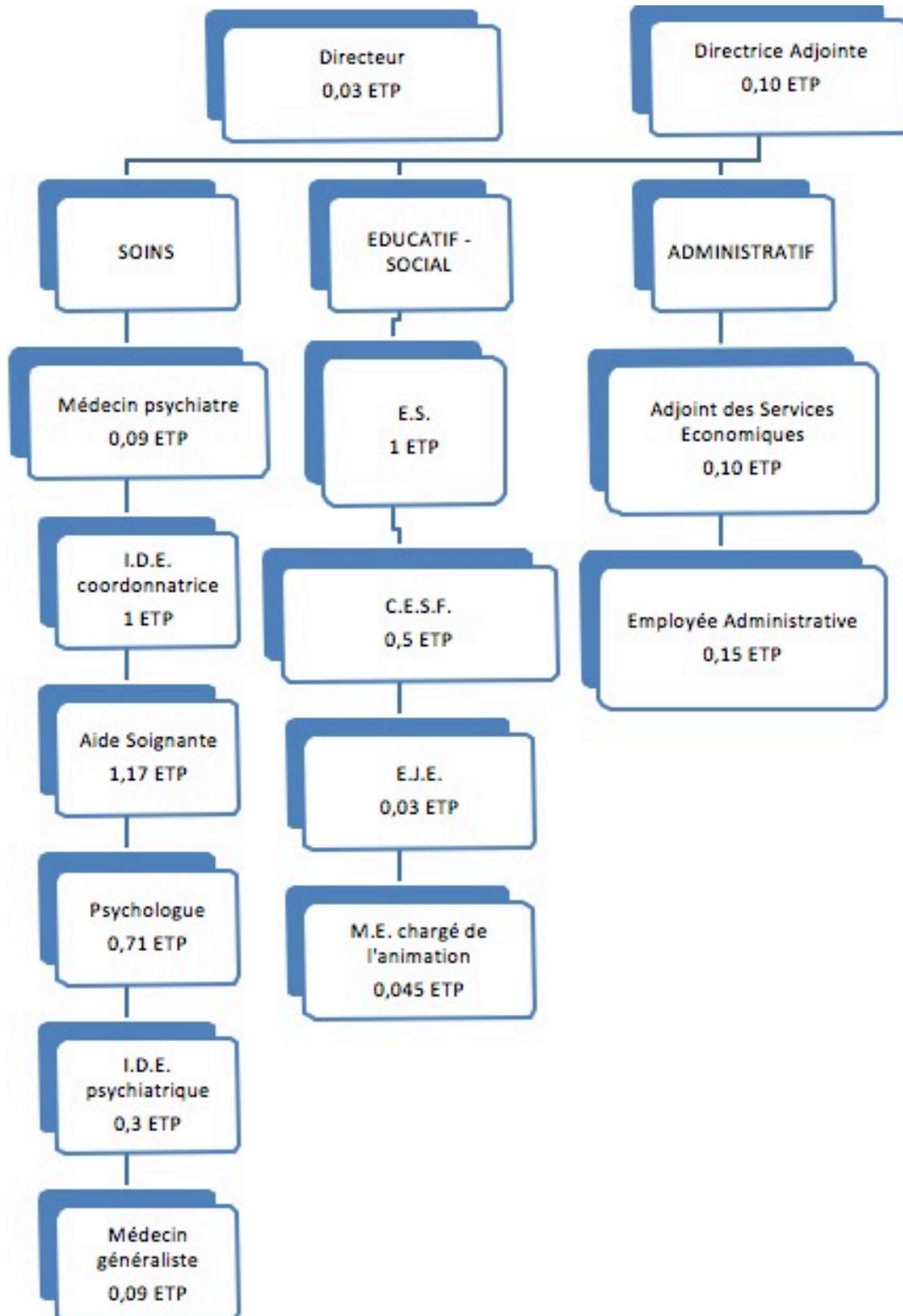
Organigramme pour un SAMSAH de 10 places



TOTAL E.T.P : 3.6

ANNEXE 12

Organigramme pour un SAMSAH de 15 places



TOTAL E.T.P : 5.315

ANNEXE 13

SAMSAH : Rôle des professionnels de santé

REPONSE A L'APPEL A PROJET SAMSAH 2014 SUR LE BASSIN DE SANTE D'ALBI :
LE ROLE DES PROFESSIONNELS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX
DANS LE PROJET DE SAMSAH GENERALISTE
ET DANS LE PROJET DE SAMSAH DEDIE AU HANDICAP PSYCHIQUE

Le rôle des professionnels médicaux et paramédicaux généralistes :

➤ Le médecin coordonnateur :

- Il participe à la procédure d'admission des personnes dans le service ;
- Il réalise des consultations lors de l'admission ou dans le cadre du suivi médical;
- Il participe à la rédaction du projet médical dont il assure la cohérence générale ;
- Il vérifie la constitution et la mise à jour du dossier médical ;
- Il informe et conseille l'équipe pluridisciplinaire sur les pathologies des personnes;
- Il assure la coordination avec le secteur sanitaire;
- Il assure le lien avec le médecin traitant ;
- Il travaille en étroite collaboration avec l'infirmière coordonnatrice dans le conventionnement et le suivi des prestations médicales et paramédicales;

➤ L'infirmière coordonnatrice :

- Elle travaille sous la responsabilité technique du médecin du service ;
- Les objectifs principaux de son action s'articulent autour de 3 grands axes : soins, prévention et coordination ;
- Elle agit directement auprès : des personnes accompagnées ; des professionnels de l'équipe ; des professionnels, services et établissements extérieurs ;
- Elle accompagne la mise en place et le suivi du projet de soins de la personne ;
- Elle supervise la gestion des dossiers médicaux en lien avec le médecin ;
- Elle accompagne la personne lors de certaines consultations ;
- Elle peut pratiquer les soins infirmiers physiques et relationnels que peut nécessiter l'état de santé de la personne ;
- Elle met en place des actions de prévention et d'éducation à la santé ;

➤ La psychologue :

- Elle réalise des entretiens psychologiques à la demande des personnes ou de l'équipe si cette dernière en évalue la nécessité ;
- Elle apporte à l'équipe un regard clinique pour adapter l'intervention des professionnels, en fonction de l'état dans lequel se trouve la personne ;
- Elle réalise des évaluations psychologiques des fonctions cognitives, des capacités et potentialités fonctionnelles, des aptitudes et compétences mobilisables et des capacités d'insertion professionnelle sur demande du médecin ;
- Elle fait du lien et de la coordination avec les équipes psychiatriques de secteur ;
- Elle peut être amenée à accompagner un bénéficiaire en consultation au Centre Médico Psychologique (CMP) ;
- Elle peut proposer un accompagnement psychologique aux familles et aidants.
- Elle anime ou co-anime des groupes de parole ;

➤ L'aide-soignant :

En lien étroit avec l'infirmière et le médecin du SAMSAH, l'aide-soignant accompagne la personne dans la proximité, afin de permettre la mise en œuvre et la continuité des soins :

- Il assure les soins d'hygiène et de confort ;
- Il accompagne les personnes lors des rendez-vous médicaux et paramédicaux ;

Le rôle des professionnels médicaux et paramédicaux
spécialisés en psychiatrie :

➤ **Le médecin psychiatre :** Il intervient auprès de différentes personnes :

Auprès de la personne accompagnée :

- Lors de l'admission, il participe à l'entretien initial entre la personne et la directrice adjointe et prend connaissance des courriers médicaux et du dossier qui a conduit à l'orientation de la CDAPH. Il esquisse avec la directrice adjointe, les principaux éléments du projet personnalisé qui seront travaillés mais qui ne seront clairement établis qu'après une période suffisante d'observation, permettant de spécifier les déficits fonctionnels. Il précise si le refus éventuel de suivi psychiatrique est un axe de travail envisageable dans le projet d'accompagnement ou une contre-indication à l'admission. Il s'assure que l'état psychique est suffisamment stabilisé pour permettre une vie relativement autonome et une réponse aux mesures éducatives ;
- Lors du suivi, il participe par des consultations à l'évaluation des résistances à l'amélioration, des comportements « problèmes » et des actions mises en œuvre ;

- Lors des situations de décompensation, il peut intervenir directement auprès de la personne par l'intermédiaire de consultations, dans l'objectif de l'inscrire à nouveau dans son parcours de soins et d'éviter l'hospitalisation ;
- En cas d'urgence, il facilite le recours aux soins ;

Auprès de l'équipe :

- Il participe à la présentation de la situation de l'utilisateur à l'équipe pluridisciplinaire ;
- Il participe aux évaluations et aux synthèses à des fins d'un éclairage clinique et de la formulation de la pathologie en termes de déficit fonctionnel ;

Auprès des partenaires :

- Il est l'interlocuteur des partenaires médicaux de l'accompagnement ;
- Il coordonne la prise en charge médicale et psychiatrique en particulier lorsqu'il y a un risque de rupture dans le parcours de soins de la personne ;
- Il informe le médecin généraliste et le cas échéant, le psychiatre de secteur, des difficultés rencontrées et participe éventuellement aux réunions de synthèses ;

➤ **L'infirmier spécialisé en psychiatrie :**

Auprès de la personne :

- Il participe à l'évaluation du handicap fonctionnel ;
- Il coordonne les interventions au quotidien ;
- Il assure l'éducation thérapeutique en individuel ou en groupe ;
- Il assure l'éducation thérapeutique vis-à-vis des aidants qui le demandent ;

Auprès de l'équipe :

- Il participe aux évaluations et aux synthèses, à des fins d'un éclairage clinique ;
- Il coordonne les soins psychiatriques et somatiques ;

Auprès des partenaires :

- Il est l'interlocuteur des professionnels infirmiers.

ANNEXE 14

Budgets des SAMSAH de 5 et 10 places

RECAPITULATIF DES BUDGETS DES SAMSAH A 10 ET 5 PLACES ET DE LEUR INCIDENCE SUR LE BUDGET DU SAVS									
Postes budgétaires	Intitulés	SAVS avant le projet (100 places)		SAVS après le projet (85 places)		SAMSAH généraliste (10 places)		SAMSAH spécialisé (5 places)	
		CG	ARS	CG	ARS	CG	ARS	CG	ARS
GROUPE I : DEPENSES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE									
		39 594,00 €		33 962,55 €	3 754,30 €	11 566,67 €	1 877,15 €	5 783,33 €	
Compte 605	Achats de marchandises	509,00 €		432,66 €	50,90 €	2 666,67 €	25,45 €	1 333,33 €	
Compte 606	Achats non stockés	12 767,00 €		10 851,95 €	1 276,70 €	2 666,67 €	638,35 €	1 333,33 €	
Compte 611	Prestations de services	5 053,00 €		4 472,80 €	386,80 €	4 000,00 €	193,40 €	2 000,00 €	
Compte 624	Transports	61,00 €		61,00 €	- €	- €	- €	- €	
Compte 625	Déplacements, missions, réceptions	11 085,00 €		9 543,00 €	1 028,00 €	1 033,33 €	514,00 €	516,67 €	
Compte 626	Frais postaux - Télécommunications	3 669,00 €		3 118,65 €	366,90 €	433,33 €	183,45 €	216,67 €	
Compte 628	Divers	6 450,00 €		5 482,50 €	645,00 €	766,67 €	322,50 €	383,33 €	
GROUPE II / DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL		643 702,00 €		540 957,00 €	68 842,00 €	109 585,66 €	33 903,00 €	57 815,34 €	
Compte 63	Impôts, taxes et versements ass	50 698,00 €		42 655,01 €	5 393,70 €	8 403,83 €	2 649,29 €	4 439,49 €	
Compte 64	Charges de personnel	593 004,00 €		498 301,99 €	63 448,30 €	101 181,83 €	31 253,71 €	53 375,85 €	
GROUPE III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE		72 582,00 €		66 333,75 €	4 165,50 €	11 333,33 €	2 082,75 €	5 666,67 €	
Compte 613	Locations	16 510,00 €		14 969,50 €	1 027,00 €	5 466,67 €	513,50 €	2 733,33 €	
Compte 615	Entretien et réparation	6 672,00 €		5 671,20 €	667,20 €	1 733,33 €	333,60 €	866,67 €	
Compte 616	Primes d'assurance	2 749,00 €		2 336,65 €	274,90 €	300,00 €	137,45 €	150,00 €	
Compte 618	Divers	1 781,00 €		1 513,85 €	178,10 €	133,33 €	89,05 €	66,67 €	
Compte 623	Publicités, publications	102,00 €		102,00 €	- €	- €	- €	- €	
Compte 627	Services bancaires et assimilés	170,00 €		170,00 €	- €	- €	- €	- €	
Compte 635	Autres impôts, taxes (adm, impôts)	2 231,00 €		2 223,50 €	5,00 €	33,33 €	2,50 €	16,67 €	
Compte 637	Autres impôts , taxes (autres org)	- €		- €	- €	333,33 €	- €	166,67 €	
Compte 655	Autres charges de gestion courante	20 235,00 €		17 215,05 €	2 013,30 €	3 333,33 €	1 006,65 €	1 666,67 €	
Compte 66	Charges financières	1 500,00 €		1 500,00 €	- €	- €	- €	- €	
Compte 68	Dotations aux amortissements et aux provisions	20 632,00 €		20 632,00 €	- €	- €	- €	- €	
Total		755 878,00 €		641 253,30 €	76 761,80 €	132 485,66 €	37 862,90 €	69 265,34 €	
NOMBRE DE PLACES		100		85	10	10	5	5	
COUT A LA PLACE		7 558,78 €		7 544,16 €	7 676,18 €	13 248,57 €	7 572,58 €	13 853,07 €	

PROCEDURE GENERALE DE PRISE EN CHARGE EN SITUATION D'URGENCE : HOSPITALISATION				
QUI	VERS QUI	QUOI	QUAND	COMMENT (SUPPORT)
Unité de soins	usager établissement médicosocial	<pre> graph TD A[Contacts entre partenaires pour échanges d'informations] --> B[Elaboration du projet de soins, contractualisation approximative de la durée d'hospitalisation] B --> C[Préparation à la sortie] C --> D{Décision de sortie} </pre>	Dans les 48 à 72 heures	Contrat d'hospitalisation : définition des modalités du lien entre les 2 dispositifs et l'utilisateur
Unité de soins	usager établissement médicosocial		Au cours de l'hospitalisation	Support contrat d'hospitalisation
Unité de soins	usager établissement médicosocial Service extra hospitalier		Au cours de l'hospitalisation	Rencontre inter dispositifs : formalisation d'un projet de prise en charge ambulatoire et d'un projet de retour sur l'établissement d'origine
Unité de soins	Usager Établissement médico social		Au cours de l'hospitalisation	Éléments synthétiques sur l'utilisateur Prescription médicale éventuelle Conduite à tenir
CMP	Usager Établissement médico social	<pre> graph TD A([Mise en place ou réactivation du suivi ambulatoire en lien avec le lieu de vie de l'utilisateur]) </pre>	Au retour dans l'établissement d'origine	Rencontre CMP et établissement d'origine Projet coordonné soins-vie sociale

ANNEXE 16

Projet de fiche de liaison et de suivi de consultation, auprès de La Fondation du Bon Sauveur

Etablissement ASEI :

NOM : PRENOM :

Evènements provoquant la consultation (y compris les actions qui ont été mises en place) : <i>Ex : troubles du comportement, modification de l'environnement, évènement particulier</i>
Observations du SAUS :
Décision médicale (modification traitement, hospitalisation, orientation vers le CMP, retour en structure,..) :
Conduites à tenir (suggestions de conduites à tenir et éventuellement d'attitudes éducatives) :

PIECES JOINTES :

- Fiche d'identification
- Fiche de traitement
- Courrier médecin de l'établissement
- Parcours de vie

ANNEXE 17

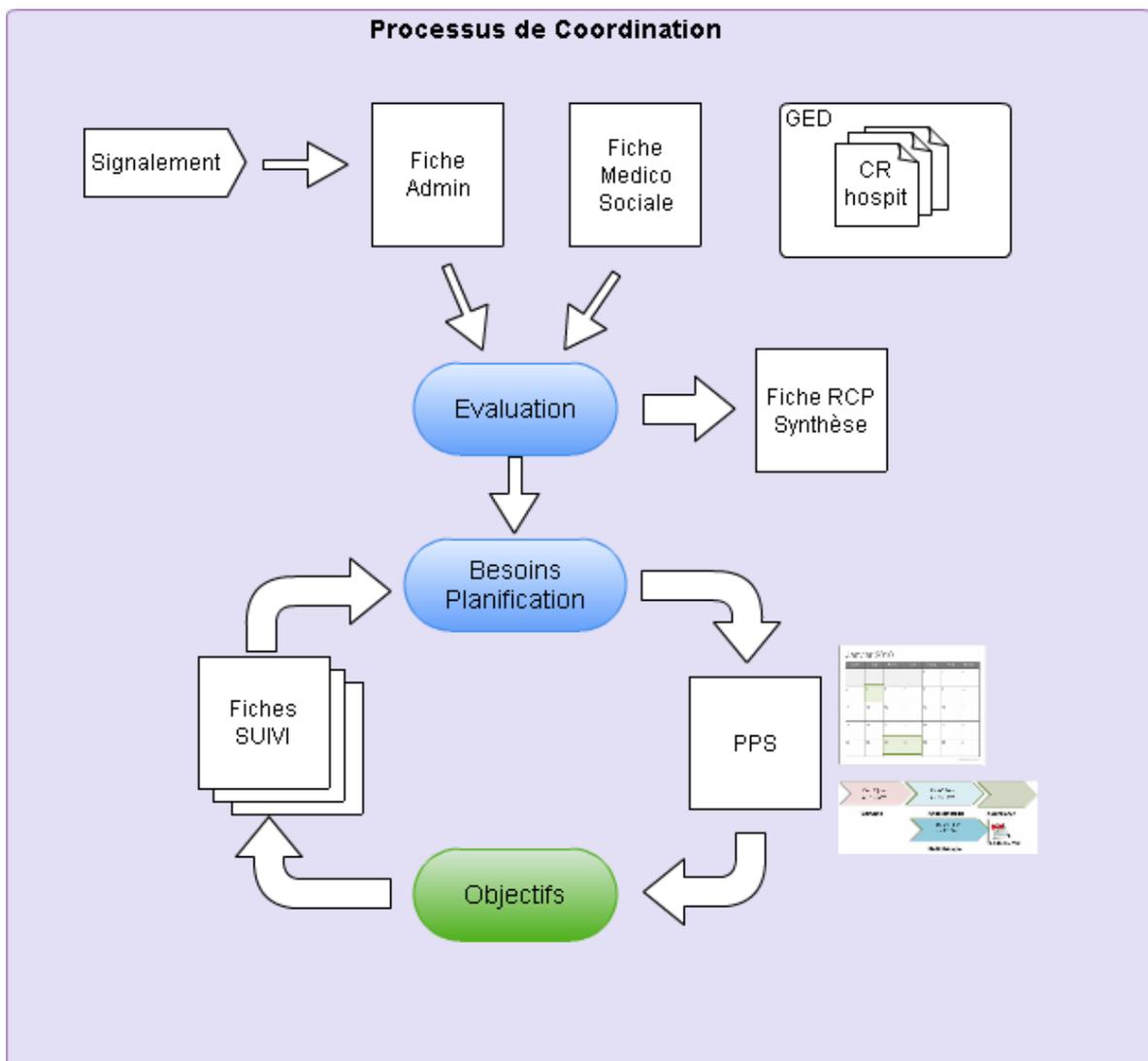
RESOMIP : Processus de coordination partagée, dans le cadre du système d'information des réseaux de santé



SI des réseaux & Cadre d'interopérabilité régional

1. Un processus de coordination partagé

> Workflow de coordination : Inclusion > RCP > PPS > SUIVI



TOURNIER	Régine	2014
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : CRFPFD TOULOUSE</p>		
<p align="center">PROJET DE VIE ET PROJET DE SOINS : UNE COORDINATION NECESSAIRE POUR LES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES ACCUEILLIES EN SAVS</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Les personnes souffrant de troubles psychiques (maladie mentale), bénéficient auprès des SAVS d'un accompagnement social particulièrement bien adapté, qui leur permet de mettre en œuvre leur projet de vie, au sein de la cité. En constituant une alternative à l'hébergement, ces services répondent à la logique de désinstitutionalisation prônée par la loi du 11 février 2005. Et cette dernière, en reconnaissant pour la première fois le handicap psychique, a contribué à multiplier les orientations de ces personnes, vers ces services. Mais celles-ci nécessitent également une prise en charge médicale régulière, matérialisée par un projet individualisé de soins. Et par rapport aux particularités de leurs pathologies, leur projet de vie et leur projet de soins, doivent être concomitants et coordonnés.</p> <p>Au sein du SAVS La Soleillade, situé à Carmaux dans le Tarn, 70 % de la population souffre de troubles psychiatriques. Nombre de ses sujets manifestent régulièrement des signes de souffrance psychique, face auxquels, les travailleurs sociaux se trouvent en difficulté, voire démunis. Cette souffrance met en lumière des besoins en soins insuffisamment couverts, une coordination insuffisante entre la prise en charge médicale et l'accompagnement social et une nécessaire évolution de ce dernier.</p> <p>Ce mémoire montre combien le cloisonnement entre secteurs sanitaire et social rend difficile la simultanéité nécessaire entre projet de vie et projet de soins. Il analyse ensuite pourquoi le décroisonnement prôné par l'ARS, peine à se mettre en œuvre.</p> <p>Nous proposons alors une stratégie pour coordonner projet de vie et projet de soins, en dépassant ces difficultés. Elle repose sur 3 axes : la création d'un SAMSAH dans le cadre de la réponse à un appel à projet ; le pilotage d'un partenariat avec l'hôpital psychiatrique, sur le territoire d'Albi ; et enfin, la recherche de solutions innovantes, telles que le partage d'informations numériques entre secteurs, ou l'intervention d'un tiers pour faciliter et accélérer ce partenariat.</p>		
<p>Mots clés : HANDICAP PSYCHIQUE, SAVS, PROJET DE VIE, ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE, DESINSTITUTIONALISATION, PARCOURS, PROJET DE SOINS, DECLOISONNEMENT, SAMSAH, COOPERATION, PARTENARIAT, RESEAU, GCS</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		