



**GARANTIR LA CONTINUITÉ DE PARCOURS DES JEUNES
ADULTES PRÉSENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES**

**LA NECESSAIRE CO-CONSTRUCTION D'UNE OFFRE DE SERVICES EN
FAVEUR DU RETABLISSEMENT EN SAMSAH PSY**

Emeline TACITE

2023

cafedes

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à mes collègues de promotion : sans eux, cela n'aurait pas eu la même saveur. Nos samedis matin de travail, nos échanges professionnels et personnels, nos encouragements mutuels ont été une vraie bulle de bienveillance et une ressource inestimable.

A ma famille, en particulier mon mari, mes enfants et mes amis qui m'ont encouragée et soutenue tout au long de la formation.

A celles et ceux qui m'ont accordé leur confiance pour porter en tant que directrice de transition ce projet : Laurent B, directeur général du CHOR-EPSMR ; Eric C, directeur de l'EPSMR ; François A et Eric G, respectivement président et vice-président de CME de l'EPSMR.

Aux cadres de pôle, chefs de pôle, cadres de santé, chefs de service de l'EPSMR ; Julien V, coordinateur de la communauté territoriale de santé mentale 974 ; Maheva R, Aurélie R et Didier P pour leur vision stratégique ; Christian A, directeur des partenariats de l'EPSMR pour nos échanges sur la réhabilitation psychosociale ; Docteur T, psychiatre du SAMSAH Psy et père fondateur du service.

A toute l'équipe du SAMSAH et en particulier à Gilbert V, cadre socio-éducatif du SAMSAH et Marie Anick D, secrétaire et encyclopédie vivante du service. De nombreuses directrices et nombreux directeurs devraient avoir la chance d'être entourés de professionnels aussi engagés et compétents.

A toutes les personnes accompagnées qui ont partagé, le temps d'échanges formels et informels, leurs rêves, leurs espoirs, leurs envies. Ce sont leurs demandes peut-être plus que leurs besoins qui doivent inspirer nos actions. A leurs familles qui nous ouvrent les portes de leur domicile pour permettre à l'équipe de mieux accompagner et mieux comprendre la systémie.

A Florence de C, tutrice de mémoire hors pair, qui a su trouver les mots pour m'encourager à livrer dans ce mémoire la version la plus fidèle de ce que je suis en tant que directrice et les valeurs humaines qui m'animent au quotidien.

A Alexandra L, responsable pédagogique CADFES-IRTS Réunion, pour avoir eu la patience d'écouter mes incertitudes et pour avoir organisé des interventions qui marqueront la suite de mon parcours, en particulier Messieurs J-Y Barreyre, M Lafore et J-Y Laperrière.

A Marie-Claude T, Karine G, Fanny V et Mélanie B, relectrices patientes et engagées qui ont su traquer les phrases maladroites et les accords malheureux.

A toutes celles et ceux que j'ai eu la chance de croiser au cours de ces 30 derniers mois Chacun(e) a semé de jolies graines de réflexions qui ne cessent de grandir.

Sommaire

Introduction	1
1 Le double enjeu sanitaire et médico-social du handicap psychique	3
1.1 Des troubles au handicap psychique	3
1.1.1 Une définition systémique du handicap d'origine psychique	3
1.1.2 Les classifications des troubles en santé mentale	4
1.1.3 Une diversité d'actions sanitaires et médico-sociales simultanées	6
1.2 Les politiques publiques en faveur de la santé mentale et du handicap ...	7
1.2.1 Les grandes orientations des politiques de santé mentale.....	7
1.2.2 La stratégie régionale de santé mentale.....	9
1.2.3 Les principales lois qui encadrent le handicap psychique	12
1.3 La création de services médico-sociaux expérimentaux	14
1.3.1 Le cadrage réglementaire.....	14
1.3.2 Le processus de rétablissement	17
1.3.3 Le positionnement des SAMSAH à La Réunion	20
2 Le SAMSAH Psy Ensemb, une alternative à l'institution.....	25
2.1 Une culture sanitaire au service d'une démarche éducative	25
2.1.1 Cas unique d'un service médico-social rattaché à un établissement sanitaire	26
2.1.2 Le fonctionnement du service.....	28
2.1.3 La période 2013-2015 : le changement de paradigme.....	33
2.2 L'évolution du profil des personnes accompagnées.....	35
2.2.1 Des jeunes adultes plus dépendants du soutien familial et sanitaire.....	36
2.2.2 Une majorité de personnes présentant des troubles de la schizophrénie	38
2.2.3 De nouvelles difficultés d'accompagnement.....	40
2.3 L'enjeu stratégique : faire évoluer l'offre de services du SAMSAH.....	42
2.3.1 La nécessité de renforcer la continuité de parcours et l'inclusion sociale	43
2.3.2 Le diagnostic interne du SAMSAH Ensemb.....	45
2.3.3 L'analyse de l'environnement du SAMSAH Ensemb	49
3 La co-construction d'une offre de services en faveur du rétablissement au SAMSAH Psy Ensemb	55
3.1 L'orientation stratégique	55
3.1.1 Conduire le changement : management et méthodologie de projet	56
3.1.2 Faire émerger une culture du rétablissement	61

3.1.3	Accompagner la réorganisation du service.....	65
3.2	Le plan d'action.....	70
3.2.1	Le lancement du projet.....	70
3.2.2	Les outils managériaux au service de la gestion de projet	72
3.2.3	Mes fondamentaux en tant que directrice dans le pilotage du projet	74
3.3	L'évaluation.....	75
3.3.1	La démarche d'amélioration continue et l'innovation	76
3.3.2	Les indicateurs de risques psychosociaux et de qualité d'accompagnement .	76
3.3.3	Les indicateurs de la structuration de l'offre	77
	Conclusion	79
	Bibliographie.....	81
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
ACI : Ateliers et Chantiers d'Insertion
AFT : Accueillant Familial Thérapeutique
ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANAP : Agence Nationale de la Performance sanitaire et médico-sociale
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ARACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARS : Agence Régionale de Santé
CARE : Centre d'Appui en Réhabilitation
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CEDS : Comité Européen des Droits Sociaux
CGSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
CHOR : Centre Hospitalier Ouest Réunion
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIDJ : Centre d'Information et de Documentation Jeunesse
CIF Classification Internationale du Fonctionnement
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPEA : Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNR : Crédits Non Reconductibles
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CSE : Comité Social et Economique
CTSM : Contrat Territorial de Santé Mentale
CTSM974 : Communauté Territoriale de Santé Mentale de la Réunion
CVS : Conseil de la Vie Sociale
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIL : Direction Investissement et Logistique
DIPC : Document Individuel de Prise en Charge
DMP : Dossier Médical Partagé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
DSI : Direction des Systèmes d'Information
DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
DUI : Dossier Usager Informatisé
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELADEB : Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins
EPSMR : Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion
EA : Entreprise Adaptée
EI : Entreprise d'Insertion
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS : Etablissement ou Service Social ou Médico-Social
ETP : Equivalent Temps Plein
ETP974 : Education Thérapeutique du Patient 974
FALC : Facile A Lire et à Comprendre
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
GAPP : Groupe d'Analyse des Pratiques Professionnelles
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GEM : Groupe d'Entraide Mutuel
GEPP : Gestion des Emplois et des Parcours Professionnalisants
GHT OI : Groupement Hospitalier de Territoire Océan Indien
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HDJ : Hôpital de Jour
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IME : Institut Médicoéducatif
IMPRO : Institut Médico Professionnel
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé
PAG : Plan d'Accompagnement Global
PAI : Projet d'Accompagnement Individualisé
PALI : Plateforme d'Appui au Logement Inclusif
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

PRS : Projet Régional de Santé

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

QVCT : Qualité de Vie et des Conditions de Travail

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

RSE : Responsabilité Sociale des Entreprises

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SERAFIN PH : Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements au parcours des Personnes Handicapées

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

SIH : Système d'Information Hospitalier

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SRS : Schéma Régional de Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TCC : Trouble du Comportement et de la Communication

TSA : Trouble du Spectre Autistique

UNAFAM : Union NAtionale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

VAD : Visite A Domicile

Introduction

Dans le préambule de sa Constitution, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) énonçait comme premier principe dès 1948 la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS définit plus précisément la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Pourtant, son rapport rédigé à la suite de la Journée mondiale de santé mentale du 10 octobre 2021 fait état d'un manque d'investissement de la part des Etats membres qui ne sont que 51 % à déclarer que leurs politiques ou plans en matière de santé mentale étaient conformes aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits. Ce chiffre est bien en deçà de la cible de 80 %. « La plupart des objectifs en matière de santé mentale fixés pour 2020 ne sont pas atteints » peut-on lire dans le communiqué, comme cela avait déjà été décrié en 2011 dans l'Atlas de la santé mentale. Véritable enjeu de santé publique, la santé mentale est au cœur des actions des politiques publiques nationales et du Projet Régional de Santé de La Réunion.

L'Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR) est l'établissement de référence en santé mentale à La Réunion : 60 % des 27 576 adultes et enfants concernés du territoire y sont pris en charge. Organisées par pôles¹, les structures de l'EPSMR assurent la prévention, l'hospitalisation et le suivi après hospitalisation pour les patients des territoires de santé Nord, Ouest et Est du département soit un bassin de population de plus de 550 000 habitants grâce à 532 lits et places répartis sur deux sites d'hospitalisation complète (Grand Pourpier et Bras Fusil) et sur une quarantaine d'autres structures.

Deux troubles majeurs y sont pris en charge : les troubles psychotiques et les troubles névrotiques et de l'humeur. En marge de l'hospitalisation intra et extra hospitalière, les services transversaux du pôle intersectoriel interviennent auprès des équipes des autres unités intra et extrahospitalières et proposent des actions spécialisées en fonction des contextes d'intervention et/ou des publics visés (milieu carcéral, violences sexuelles, situations de catastrophe etc.). Parmi eux, le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) « Ensemb ».

Tout en répondant aux besoins du territoire en matière de santé mentale, le projet de service du SAMSAH Ensemb de l'EPSMR respecte les orientations des politiques publiques en faveur de l'inclusion et du soutien de la personne en situation de handicap en milieu ordinaire.

¹ Annexe 1 page II : l'organisation polaire de l'EPSMR

Dans une volonté de concentrer son développement stratégique sur le secteur sanitaire, son cœur de métier, la direction de l'EPSMR se questionne sur la pertinence de conserver ce service, sauf à inscrire sa culture médico-sociale dans une cohérence et une harmonisation de pratiques proposées par l'EPSMR.

Alors directrice adjointe stratégie et projets à l'EPSMR, cette réflexion stratégique m'a permis de requestionner les missions du SAMSAH : qui accompagnons-nous ? Pourquoi ? Pour quoi ? Avec quelles compétences internes et quelles ressources externes ? Un constat s'est alors rapidement dessiné : les personnes accompagnées par le SAMSAH Ensemb ne sont plus les mêmes aujourd'hui qu'il y a onze ans, lors de son ouverture. Plus jeunes, plus dépendantes de la prise en charge sanitaire et de l'accompagnement familial, les personnes n'ont aujourd'hui plus les mêmes besoins ni les mêmes demandes. Il convient dès lors d'adapter les prestations à cette évolution et de répondre à la question suivante : **en quoi le déploiement d'une offre de services en faveur du rétablissement permet-il la mise en œuvre de modalités d'accompagnement visant à éviter le recours à l'hospitalisation, à préserver et développer l'autonomie et finalement à garantir la continuité de parcours des jeunes adultes accompagnés par le SAMSAH Ensemb ?**

Il apparaît en premier lieu indispensable de recontextualiser dans une première partie l'évolution des politiques publiques en faveur de la santé mentale et du handicap psychique et la réponse territoriale apportée par la création des SAMSAH à La Réunion.

La deuxième partie traite de l'évolution des besoins et des demandes des personnes accompagnées par le SAMSAH Ensemb au regard du rajeunissement des adultes orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Elle apporte une compréhension des enjeux internes et externes au service et les opportunités dont le SAMSAH peut se saisir pour répondre au mieux à cette évolution.

Je m'attache dans la troisième partie à impulser la mise en œuvre d'une offre de prestations de services modulables en rétablissement, indispensable à l'exercice des droits et des libertés et à préparer les professionnels et les personnes accompagnées à ce changement de culture professionnelle et d'accompagnement.

« Même si les apparences sont trompeuses, nous devons être une société accueillante et accompagnante de la plus petite autonomie soit-elle.

Il n'y a pas de citoyen inutile »

Pascal Jacob

1 Le double enjeu sanitaire et médico-social du handicap psychique

La lutte pour la reconnaissance des besoins autres que les soins psychiatriques était jusque dans les années 1970 l'apanage de certains psychiatres dits « réformistes » pour l'époque mais le plus souvent celui d'associations de familles à qui il appartenait de créer le lien avec la « société ordinaire ». Première association à porter des revendications du côté des familles depuis sa création en 1963, l'Union nationale des familles et amis de malades mentaux (UNAFAM) véhicule l'idée que les besoins des personnes atteintes de troubles psychiques sont multiples et évolutifs et nécessitent une action coordonnée et suivie dans le temps, compte tenu de la chronicité des troubles. Elle a cherché à créer des structures médico-sociales pour remédier au problème central auquel font face ses militants : « ce qui arrive après », c'est-à-dire après la sortie de l'hôpital ou après le décès des parents (« après nous », Henckes, 2011).

1.1 Des troubles au handicap psychique

L'expression « troubles mentaux » désigne un ensemble de troubles mentaux et troubles du comportement répertoriés dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS (Dixième Révision). Ils comprennent les troubles entraînant une charge de morbidité élevée comme la dépression, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie, les troubles anxieux, la démence, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, les déficiences intellectuelles et les troubles du développement et du comportement apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, y compris l'autisme.

1.1.1 Une définition systémique du handicap d'origine psychique

A) Une problématique sanitaire issue de la psychiatrie

La politique de santé publique s'efforce de valoriser le capital santé d'une société par des actions de prévention, de soins et de réadaptation. La prévention regroupe l'ensemble des actions médicales, médico-sociales, techniques et politiques visant à protéger la santé.

La santé mentale, composante essentielle de la santé, est un état de bien-être, une aptitude de l'esprit à fonctionner normalement et répondre de manière appropriée aux stimuli de l'environnement. On parle alors de troubles mentaux lorsque cet état de bien-être est perturbé par des affections psychiatriques. L'individu est alors dans l'incapacité de s'adapter aux situations difficiles voire douloureuses et de maintenir son équilibre psychique. Les troubles psychiques sont des perturbations de la santé mentale mais n'associent aucune déficience intellectuelle contrairement au handicap mental.

Le handicap psychique se distingue du handicap mental de la façon suivante : bien que les troubles psychiques puissent se manifester de nombreuses façons et à des âges différents, ils apparaissent souvent entre 15 et 25 ans pour 75 % des affections psychiatriques diagnostiquées, alors que le handicap mental apparaît lui à la naissance. Il n'y a pas de déficience intellectuelle permanente, mais un handicap comportemental et affectif, se traduisant par des difficultés à acquérir ou exprimer des habiletés psychosociales.

B) Le handicap social qui en résulte

Le handicap est parfois confondu avec la notion de troubles, de déficience ou de maladie. Or, le handicap résulte en réalité de l'interaction entre les conséquences des troubles de la personne et l'inadaptation de son environnement.

C'est la restriction de la participation sociale qui constitue la notion de handicap.

Le modèle social du handicap a été développé dans les années 1970 et 1980 par les personnes en situation de handicap en opposition au modèle dit médical. Il propose une approche du handicap fondée sur les droits civiques : ce qui rend une personne handicapée ce sont les attitudes et les structures de la société envers elle.

Le modèle social du handicap stipule que c'est la société qui handicape les personnes quand le modèle médical prône que l'état de santé de la personne détermine son habilité à participer pleinement à la société. (Site web de la Foundation for People with Learning Disabilities)

C) La définition du handicap psychique selon l'OMS

« Est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ». Si les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante dans le cas du handicap psychique, c'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente.

1.1.2 Les classifications des troubles en santé mentale

A) La classification DSM-5-TR dans le champ de la psychiatrie

Pour classer les troubles mentaux, on se réfère à la classification de l'Association psychiatrique américaine, publiée sous le nom de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Écrit par un collectif de médecins psychiatres, ce manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux propose une description et une classification des maladies mentales qui recense depuis 1952 les catégories de pathologies mentales. La dernière édition, DSM-5-TR, publiée en 2022, ambitionne de classer les maladies mentales en catégories basées sur la description des symptômes (c'est-à-dire, ce que dit

et fait la personne, en fonction de la façon dont elle pense et ressent ses émotions) et sur le déroulement de la maladie. La Classification Internationale des Maladies, Onzième Révision (CIM-11) publiée initialement par l'OMS en 2019 et entrée en vigueur en 2022, utilise des catégories diagnostiques similaires à celles du DSM-5-TR. Cette similarité indique que les diagnostics de maladies mentales spécifiques sont en cours de standardisation et qu'ils deviennent plus cohérents au niveau mondial.

B) La classification internationale de fonctionnement dans le champ du handicap

En droit français, selon l'article 2 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, « constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement 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 ».

Cette conception environnementale du handicap a été conceptualisée au niveau de l'OMS dans la Classification internationale du fonctionnement (CIF).

C) La classification des troubles psychiques

a) Les psychoses

Les psychoses se traduisent par un désinvestissement de la réalité extérieure (mécanisme de déni) et un surinvestissement de soi-même. Cette perte de la réalité peut se manifester par des idées délirantes (croyances sans fondement objectif), des hallucinations auditives... Autrement dit, une personne psychotique est en rupture avec la réalité, le monde qui l'entoure. Il peut y avoir des ruptures familiales, professionnelles, sociales. La symptomatologie est instable, imprévisible avec des déficits d'attention et des difficultés à élaborer et suivre un plan d'action ponctuée par une alternance d'états calmes et tendus pouvant aller jusqu'à la crise et l'hospitalisation. Une prise médicamenteuse quotidienne semble inévitable pour stabiliser l'état émotionnel de la personne.

On peut citer comme exemple de psychoses les troubles de la schizophrénie, les troubles bipolaires anciennement appelés troubles maniaco-dépressifs...

b) Les névroses

Les névroses sont des pathologies de la personnalité : la relation de la personne avec son environnement social est transformée. Elle va développer des symptômes spécifiques en lien avec les manifestations de son angoisse.

Si la névrose entraîne une perturbation de la personnalité, elle ne l'empêche pas pour autant de vivre normalement, d'être conscient de sa maladie et de vivre dans la réalité.

Les crises d'angoisses, l'hystérie, les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), la dépression... sont des exemples de névroses.

1.1.3 Une diversité d'actions sanitaires et médico-sociales simultanées

A) Le besoin d'un diagnostic et d'un suivi par le secteur sanitaire

Si le psychiatre est le professionnel le plus indiqué pour évaluer et diagnostiquer les troubles, et administrer une posologie adaptée, le médecin généraliste a toute compétence pour faire le diagnostic d'un trouble de santé mentale. C'est encore plus vrai pour le médecin de famille qui connaît mieux le patient, ses habitudes et son environnement familial. 75 % des prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques sont réalisées par des médecins généralistes et 69 % ont déjà été « confrontés à un jeune de 15 à 25 ans présentant des symptômes manifestes de psychose ou de schizophrénie »².

B) Le besoin d'un accompagnement par le secteur médico-social

Si les soins psychiatriques sont absents, insuffisants ou inadaptés, les effets de la maladie psychique risquent de compromettre l'efficacité de toute autre forme de soutien. A l'inverse, pour des personnes très isolées, présentant des difficultés de logement ou connaissant des difficultés sociales et de santé complexes, le secteur psychiatrique est insuffisant pour répondre à l'ensemble des besoins et attentes de ces patients.

L'accompagnement médico-social a des effets thérapeutiques réels, et diminue la fréquence des séjours d'hospitalisation. Ces deux démarches, de soin et d'accompagnement, sont complémentaires parce qu'elles s'inscrivent dans des perspectives différentes.

C) Le besoin du soutien par le secteur social

Dans le cadre du handicap psychique, les indicateurs sociaux dégradés évoluent proportionnellement à ceux des troubles psychiques. L'isolement social est associé à un risque accru de troubles psychiques comme l'anxiété et la dépression. Il peut réduire l'espérance de vie au même titre que l'incurie quand les personnes ne sont pas suffisamment sensibilisées à la prévention primaire.

Il est important de souligner qu'à La Réunion comme en métropole, la crise sanitaire du Covid a augmenté la précarité et l'isolement social, ce qui a eu un impact sur la santé mentale de la population. Pour les personnes souffrant de handicap social lié au handicap psychique, pour lesquelles l'isolement social est un quotidien depuis plusieurs années, la crise sanitaire ne semble pas avoir impacté davantage leur santé mentale.

² Enquête IPSOS Fondation Deniker 2017, « les pratiques des médecins chez les jeunes »

1.2 Les politiques publiques en faveur de la santé mentale et du handicap

Les maladies mentales, enjeu majeur de santé publique, constituent aujourd'hui la première cause de handicap dans le monde. L'OMS a publié en 2013 un rapport³ portant à 450 millions le nombre de personnes dans le monde âgées de 18 à 65 ans touchées au cours des douze derniers mois par des troubles psychiques. 38,2 % des Européens de 18 à 65 ans souffrent ou ont souffert de troubles psychiques au cours des douze derniers mois. En France⁴, les troubles psychiques touchent une personne sur quatre : dix millions de personnes sont diagnostiquées pour troubles dépressifs, quatre millions pour troubles anxieux, un million et demi pour troubles de l'addiction, six cent mille pour troubles bipolaires, six cent mille pour troubles de la schizophrénie.

1.2.1 Les grandes orientations des politiques de santé mentale

A) La stratégie de santé nationale et régionale

Promulguée le 26 janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé s'articule autour de trois axes :

- Le renforcement de la prévention ;
- La réorganisation autour des soins de proximité ;
- Le développement des droits des patients.

Marisol Touraine, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé, a présenté le 26 mai 2016 la stratégie de santé pour les Outre-mer, un plan adapté à leurs spécificités géographiques, humaines et organisationnelles.

L'axe 3 des cinq axes prioritaires de la loi de santé est de mieux répondre aux besoins des citoyens dans le champ de l'autonomie (vieillesse et handicap). Ce plan vise en particulier à augmenter le nombre de places dédiées aux personnes en situation de handicap. Vingt millions d'euros supplémentaires devraient être consacrés aux Outre-mer pour atteindre cet objectif. Le dépistage et la prise en charge précoces des handicaps seront renforcés, l'innovation dans le soutien à domicile et en milieu ordinaire valorisée.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 précise que « dans les prochaines années, il sera donc nécessaire d'adopter une approche transversale de la politique de santé mentale alliant la promotion de la santé mentale et du bien-être, l'accès aux soins et à la prise en charge, l'éducation thérapeutique, la réhabilitation psychosociale, l'accompagnement

³ Enquête « Global Burden of Disease Study », publiée le 29 août 2013 dans les pages du journal médical britannique The Lancet

⁴ Site INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale)

médico-social et social du handicap psychique et le renforcement de la formation, de l'innovation et de la recherche. » (Stratégie nationale de santé 2018-2022, page 50).

B) La stratégie de modernisation et transformation du système de santé

La Santé Mentale est une priorité nationale de santé publique depuis 2018, en marge de la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé.

Son article 69 établit une définition législative de la politique de santé mentale et une nécessaire coopération entre professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social pour une meilleure gradation des prises en charge.

Les modalités de partage d'informations entre professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne sont établies dans les décrets pris en application de la loi de modernisation de notre système de santé. Ces repères réglementaires devaient permettre aux professionnels de formaliser les pratiques d'échange et de partage d'informations dans le respect des droits des personnes et favoriser ainsi la coordination interne et externe.

La stratégie gouvernementale « Ma Santé 2022 » lancée en février 2018 vise à transformer le système de santé actuel, avec pour objectif premier, d'améliorer l'organisation des professionnels de santé sur le territoire français.

Le rôle pivot du médecin traitant y est réaffirmé alors même que ce dernier n'est pas forcément formé à la prévention et à la santé mentale dans le cadre de son cursus universitaire.

C) La feuille de route santé mentale et psychiatrie

Le 5ème comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie du 21 janvier 2022 a permis d'amplifier la feuille de route santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018, enrichie par les Assises de la santé mentale. Elle s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé et fixe le cap d'une transformation structurelle et systémique du champ de la santé mentale et de la psychiatrie.

L'action N°18 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie alimentée par le comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie engage les territoires à développer une offre de réhabilitation psycho-sociale et à « rendre accessible sur l'ensemble du territoire une offre de soins de réhabilitation pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants, ainsi que pour les personnes présentant un trouble du spectre autistique. Il s'agit de cibler notamment les jeunes entrant dans la maladie psychiatrique, les personnes présentant une pathologie psychiatrique grave chronique (à domicile, à l'hôpital ou en EMS), les personnes avec TSA ou encore les personnes présentant des comorbidités psychiatriques et addictives importantes ».

Sophie Cluzel, alors secrétaire d'Etat chargée des Personnes handicapées, a déclaré lors du 5^{ème} comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie que « l'approche transversale de la politique de santé mentale mobilisée par la feuille de route a permis d'appréhender tous les aspects de la citoyenneté pour renforcer l'autodétermination des personnes en situation de handicap psychique : le bien être mental, la prévention de la souffrance psychique, l'accès aux soins, mais aussi à l'emploi, au logement, à la vie sociale, à l'échange et au partage avec les autres. Il s'agit de donner aux personnes les moyens d'être acteur de leurs parcours de vie ».

1.2.2 La stratégie régionale de santé mentale

A) Le diagnostic territorial de santé mentale

« Le diagnostic, qui comprend un état des ressources disponibles, a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier »⁵. Il vise à identifier les besoins et les ressources du territoire de façon à inscrire l'action des professionnels et des établissements (et leurs partenaires) dans la perspective du déploiement des objectifs stratégiques de santé.

Si toutes les catégories sociales sont concernées par le handicap psychique, la précarité va impacter davantage l'aspect économique, social et familial de la personne. Et justement, à La Réunion, le contexte est « plutôt défavorable à la santé mentale » (Synthèse issue de la présentation Commission Spécialisée Santé Mentale du 15 septembre 2022).

Les caractéristiques sociodémographiques qui constituent des fragilités vis-à-vis de la santé mentale sont celles qui caractérisent la population de La Réunion, à savoir :

- Une population très jeune (40 % de la population a moins de 25 ans) ;
- Des indicateurs sociaux dégradés (40 % de la population réunionnaise vit sous le seuil de pauvreté, 300 000 personnes sont mal logées ou dépourvues de logement) ;
- Une forte consommation de produits psychoactifs (le taux de décès lié à l'alcool est 40 % plus élevé qu'en métropole).

L'addiction est, comme la précarité, un indicateur qui évolue proportionnellement à celui des troubles psychiques. D'une manière générale, le baromètre santé 2014 de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de La Réunion montre que la détresse psychologique des Réunionnais concerne un quart des personnes et que la population manque d'informations sur la santé mentale.

⁵ Article L3223-2 du Code de la santé publique

B) Le projet et le schéma régional de santé

Dans son schéma de santé 2018-2023, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Réunion ouvre son rapport sur les principes transversaux structurants, sur les parcours fluides et sans rupture par cette phrase : « La promotion des parcours de santé recouvre l'exigence de coordination des intervenants selon une continuité et une complémentarité des soins et de la prévention, respectant les attentes des usagers, faisant application de référentiels de bonnes pratiques ou de qualité des prises en charge, et limitant les ruptures de soins [...]. Elle s'inscrit dans un système de soins, parfois peu lisible pour les usagers, ou les acteurs eux-mêmes, faisant appel à une multiplicité d'intervenants. »

Les travaux réalisés par l'ARS Réunion et l'Agence Nationale pour la Performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) en 2016 ont abouti à un diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale.

a) La santé mentale

L'ARS Réunion souhaite impulser un processus positif visant à renforcer l'inclusion sociale et la capacité des personnes atteintes de troubles psychiatriques à améliorer leur santé.

L'actuel Projet Régional de Santé (PRS) Réunion-Mayotte 2018-2028 est en cours de révision. La scission des deux territoires impose La Réunion à rédiger son PRS 2023-2033.

Le PRS avait déjà évolué avec la rédaction du Projet Territorial de santé mentale (PTSM) 2019-2023 et la signature du Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) le 18 février 2022, par l'ARS de La Réunion et les représentants de la Communauté Territoriale de Santé Mentale 974 (CTSM974). D'une durée de 4 ans, ce dernier porte les fondements de la politique de santé mentale 2021-2024 et formalise les engagements des signataires (ARS Réunion, EPSMR, CHU de La Réunion, Groupe Les Flamboyants, UNAFAM 974, FEHAP Océan Indien, FHP Océan Indien et FHF Océan Indien) à améliorer et renforcer le parcours de santé des personnes présentant des troubles psychiques.

Parmi les sept grandes priorités régionales visées par ce contrat, trois retiennent particulièrement mon attention car si elles sont au cœur de notre accompagnement et de notre mission de façon induite, elles restent des priorités et donc à priori ne vont pas encore de soi :

- Favoriser la réhabilitation psycho-sociale des personnes souffrant de troubles psychiques ;
- Renforcer le soutien aux aidants ;
- Renforcer la coopération entre les acteurs de la santé mentale.

Les objectifs généraux du Schéma Régional de Santé (SRS) pour la santé mentale sont :

- Promouvoir le bien-être mental et la prévention de la souffrance psychique et des conduites suicidaires ;
- Faire évoluer les pratiques des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social ;
- Améliorer les parcours de santé des personnes ayant des troubles ou un handicap psychique grâce à un meilleur accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médicosociaux et une meilleure qualité de vie et inclusion sociale des personnes avec trouble psychique.

b) Le handicap

Le Département de La Réunion a arrêté en 2013 son schéma permettant d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité pour les personnes handicapées. Ce schéma propose un plan d'action comportant trois orientations principales :

- Orientation 1 → favoriser l'exercice des droits fondamentaux des personnes handicapées (exercice de la citoyenneté) ;
- Orientation 2 → accompagner le projet de vie des personnes handicapées (en milieu ordinaire) ;
- Orientation 3 → garantir la mise en œuvre du schéma.

C) Le projet territorial de santé mentale 2019-2023

Le texte sur lequel s'appuie le projet territorial de santé mentale est le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 et plus particulièrement son article R. 3224-6.-I.

« Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. »

« A ce titre, il prévoit (des) actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux »⁶.

Le PTSM de La Réunion fait d'état de plus de 12 000 personnes ayant bénéficié de traitements en lien avec des troubles psychiques au cours de l'année 2019 à La Réunion et de 1 % de la population française touché par les troubles mentaux/psychiques avec 10 000 nouveaux cas par an.

Selon le rapport de la CDAPH publié en juin 2021, la déficience psychique concerne 15 % de la population recensée par la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

⁶ Annexe de l'instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

(MDPH) soit 8000 des 52000 personnes recensées, et se place au second rang des types de déficiences principales.

La réhabilitation psychosociale, le rétablissement et l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui considérés comme des priorités de santé.

1.2.3 Les principales lois qui encadrent le handicap psychique

A) Les cadres généraux

Les lois de 1975 et 2002 sont à l'origine d'une logique catégorielle et de dispositifs basés sur la détection des besoins précis par population, par le prisme respectivement de l'intégration et de la lutte contre l'exclusion. Le texte de référence sur les droits des personnes en situation de handicap issu de la loi de 2005 (dite « Loi Handicap ») puis la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) de 2009 et la loi de transformation du système de santé de 2016 vont faire basculer les politiques sociales vers une logique transversale basée sur l'inclusion et la compensation (modification de l'article L114 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) par ordonnance du 11 mars 2020). Le handicap passe dès lors d'une notion médicale à une notion sociale.

a) Les lois 2002-2 et HPST sur la coordination des acteurs

Quand la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale prône la coordination et la coopération des acteurs (ancien intitulé de la section 4 du CASF), la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi « HPST » tend quant à elle à organiser la coordination des interventions (intitulé modifié de la section 4).

En effet, la loi « HPST » apporte une refonte profonde de la loi de 2002 en modifiant notamment les niveaux de planification et la procédure d'élaboration des schémas, en supprimant les Comités Régionaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS), et en créant un nouvel acteur majeur du secteur médico-social : les ARS. La coordination des schémas, la coordination entre les préfets et les présidents de conseils départementaux, entre les départements et l'assurance-maladie, entre les institutions et les autorités de tarification y est présentée. « Désormais, le secteur médico-social se trouve aspiré dans une nouvelle dynamique : il s'intègre dans le périmètre de la santé telle que la loi HPST le définit. Cela dit, la loi pose de multiples problèmes de compatibilité entre les dispositifs qui s'étaient jusque-là structurés à partir d'histoires, de modalités organisationnelles, de cultures professionnelles et d'identités différentes » (Marcel Jaeger, tribunes du magazine adsp de mars 2011 « les ARS, un an après »).

b) La loi de 2005 et la définition légale du handicap psychique

En 2005, la reconnaissance de handicap psychique devient un terme légal même si ce concept est déjà porté par les mouvements associatifs de familles depuis le début des années 1990. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005, dans son article 2, insère dans sa définition légale du handicap les troubles cognitifs et psychiques et établit de façon officielle le handicap psychique.

Faisant suite à un plaidoyer de l'UNAFAM, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées reconnaît la maladie psychique comme étant un handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Le handicap psychique est donc la reconnaissance d'une limitation de la participation d'une personne à la vie sociale du fait de troubles psychiques graves qui perdurent et entraînent une gêne dans le quotidien.

La loi du 11 février 2005 renforce l'objectif déjà fixé dans celle de 1975 de maintenir la personne handicapée, chaque fois que cela est possible, dans « un cadre naturel choisi ». Les actions en faveur du maintien à domicile se déclinent à travers deux types de mesures :

- Les mesures générales : prestations de services à domicile, prestations en matière de logement ainsi que diverses aides et incitations financières de compensation ;
- Les mesures spécifiques : création de services d'accompagnement expérimentaux dont les SAMSAH.

B) La nécessaire évolution de l'offre médico-sociale en matière de santé mentale et de handicap

Annoncée lors de la conférence nationale du handicap du 19 mai 2016 par le président de la République, le volet spécifique consacré au handicap psychique de la stratégie pluriannuelle de l'évolution de l'offre médico-sociale conclut qu'il apparaît que « les priorités en matière de santé mentale doivent répondre aujourd'hui à un objectif de rétablissement pour les personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants, qui impliquent au-delà de la stabilisation de leur troubles, la promotion de leurs capacités et leur accès à une vie active et sociale choisie. ».

Le Conseil de l'Europe a rendu publique, par le biais du Comité Européen des Droits Sociaux (CEDS) le 17 avril 2023, sa décision : « La liberté et la dignité des personnes en situation de handicap sont entravées », il devient nécessaire de reformer la politique du

handicap en France dans sa globalité afin qu'« en 2023, les injustices et les discriminations [prennent] fin » et que les articles de la charte sociale européenne soient respectés. Il existe en France « trop de personnes sans solution adaptée ».

C) La transformation de l'offre médico-sociale

Lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023, la ministre déléguée en charge des Personnes handicapées Madame Geneviève Darrieussecq a réaffirmé le rôle des Etablissements ou Services Sociaux ou Médico-Sociaux (ESMS) de « construire autour du parcours des personnes et du respect de leurs droits, en agissant à chaque étape de la vie » et en appelle aux gestionnaires pour aider au déploiement de 50 000 nouvelles solutions en services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et en SAMSAH dans le cadre de la transformation de l'offre. « La transformation de l'offre intègre toute action visant à rendre l'accompagnement plus inclusif, plus souple et plus adapté à la prise en compte des situations individuelles, notamment complexes. Les parcours se construisent à partir des besoins de la personne et en favorisant l'autodétermination [...]. Elle vise à sécuriser les parcours des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, quel que soit le lieu de vie choisi [...] [et à] garantir à chaque personne un accompagnement souple, modulaire et construit au regard de ses attentes, un accompagnement qui favorise son accès aux apprentissages, à la formation et à l'emploi, à la santé, au logement et à sa pleine participation à la vie sociale ». Dans ce cadre, l'action de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) repose sur deux axes : « le suivi du mouvement de transformation de l'offre médico-sociale et l'accompagnement des acteurs dans cette transformation. » (Magazine Directions n°220 juin 2023, entretien pages 18 à 20).

1.3 La création de services médico-sociaux expérimentaux

Dans le cadre du processus de la désinstitutionnalisation et du virage ambulatoire, la psychiatrie a vu émerger le développement d'une offre de services médico-sociaux pour accompagner les personnes présentant un handicap psychique proposée dans le cadre des plans de compensation du handicap validés par les MDPH⁷ et impulsée par les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005. Parmi ces services d'accompagnement, le SAMSAH.

1.3.1 Le cadrage réglementaire

A) Les décrets de 2005 et 2009

Quatre lois principales et deux décrets régissent le SAMSAH :

- Loi du 2 janvier 2002, rénovant le code de l'action sociale et médico-sociale ;

⁷ Art. L. 114-1-1 du Code de l'action sociale et des familles

- Loi du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales ;
- Loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées ;
- Loi du 11 juillet 2009, portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- Décret n°2005-223 du 11 mars 2005, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et des SAMSAH ;
- Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009, qui fixe des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement communes aux Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), aux Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) et aux SAMSAH.

Ces conditions définissent les publics accueillis ainsi que leurs besoins à satisfaire, déterminent les missions des établissements, complètent la réglementation qui leur est applicable en matière de contrat de séjour, créent de nouvelles obligations en matière d'activité et, enfin, affectent la composition du plateau technique notamment pour inclure l'intervention de libéraux.

Un mois après la promulgation de la « loi Handicap », la notion de Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) évolue avec le décret du 11 mars 2005 : le SAMSAH propose, en plus d'une aide pour les tâches et les actes essentiels de la vie quotidienne et des activités sociales diverses pour sortir de leur isolement, la coordination des soins et un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Il faudra cependant attendre le décret du 11 mars 2009 pour que le SAMSAH dispose d'une définition juridico technique précise et qu'il soit intégré dans la liste des établissements ayant obligation de rédiger un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Le décret de 2009 sur les obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des adultes handicapés (MAS, FAM, SAMSAH) va permettre une nouvelle grille de lecture de l'identification et l'évolution des besoins de la personne handicapée. Les besoins d'aide, de soutien ou de soins justifient un accompagnement médico-social soutenu.

Ces besoins sont évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, dans les conditions fixées à l'article R. 146-28. Il est important de souligner que l'identification de ces besoins relève, non pas de la compétence de l'équipe pluridisciplinaire du SAMSAH, mais des attributions de l'équipe d'évaluation de la MDPH dans le cadre, plus global, de la définition des besoins de compensation et du projet de vie. Cela signifie que, dans le processus d'orientation par la MDPH, existent donc des critères techniques minimaux objectifs qui permettent d'apprécier le bien-fondé d'une orientation en SAMSAH.

B) La définition du SAMSAH

L'article D312-166 du code de l'action sociale et des familles définit les SAMSAH de la manière suivante :

« Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés 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. 312-162 », soit la contribution « 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 ».

Cette inclusion s'appuie sur des besoins identifiés, considérés comme "prioritaires" pour la personne accompagnée tels que le logement, la vie sociale et familiale, la citoyenneté, l'accès aux soins...

Plus précisément (CASF - Article D312-167), il s'agit d'apporter aux personnes : des soins réguliers et coordonnés et un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert, en plus des missions dévolues aux SAVS qui existaient avant les SAMSAH, à savoir une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence, un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Le SAMSAH, en permettant le maintien à domicile, constitue une réelle alternative à l'obligation d'admission en établissement.

C) La garantie d'une continuité de parcours

Un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue de la personne (usagers ou patients selon les secteurs), au plus près de chez eux. Ceci nécessite une évolution majeure de notre système de santé pour réunir prévention, soins, suivi médico-social voire social. Il s'agira de faire émerger les « soins primaires » et d'accompagner le « virage ambulatoire » nécessaire à une meilleure gradation des prises en charge.

Concrètement, cela suppose l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux, tant en ville qu'en établissement de santé, médico-social et social, en cabinet libéral, en maison de santé ou en centre de santé, en réseau de santé...

Trois niveaux de prise en charge sont identifiés :

- Les parcours de santé, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et/ou le retour à domicile ;
- Les parcours de soins, qui permettent l'accès aux consultations de premier recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation

programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR)... ;

- Les parcours de vie, qui envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

Le SAMSAH, par définition, va répondre aux trois niveaux de prise en charge du parcours globalisé de la personne dit « sans rupture » pour contribuer à la réalisation du projet de vie et lui permettre de participer activement à sa citoyenneté en le maintenant en milieu ordinaire tout en répondant aux besoins énoncés dans le décret de 2009.

La multiplicité des acteurs, participant chacun pour partie à ce parcours, construit une complexité autour de la personne et une confusion autour des familles quand cela n'est pas entre les acteurs eux-mêmes.

Le guide réalisé par Carole Peintre⁸, à partir des analyses et préconisations issues de la recherche-action nationale « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique » sort en septembre 2012. Celui-ci indique que les SAMSAH « ont d'abord vocation à ouvrir des perspectives de vie et à aider la personne à faire des choix (et donc à élaborer un projet de vie). Même si l'un des principaux moyens de reconquérir sa capacité à décider et à agir consiste à développer les habiletés sociales indispensables à une vie autonome dans la cité, l'objectif premier des services d'accompagnement n'est ni la réalisation effective d'activités ou l'investissement de rôles sociaux déterminés (entretenir son logement, travailler, etc.), ni l'amélioration de sa santé. L'action du service d'accompagnement va contribuer, comme les autres interventions sociales et sanitaires, au processus de rétablissement de la personne, en agissant d'abord sur la capacité de la personne à créer du lien social et à s'autodéterminer. ».

1.3.2 Le processus de rétablissement

A) L'approche capacitaire du rétablissement

La notion de rétablissement a émergé avant tout de la voix des usagers de psychiatrie. Patricia Deegan (1996), psychologue américaine engagée dans la recherche et la promotion du rétablissement en santé mentale, ayant reçu le diagnostic de schizophrénie à l'âge de 17 ans le définit ainsi : « Le rétablissement est une attitude, une manière de prendre conscience au fil de la journée et d'affronter les défis qui se présentent à moi [...]. Savoir ce que je ne peux pas faire me permet de mieux voir les nombreuses possibilités qui s'offrent encore à moi. » Cette définition laisse entrevoir la richesse et la complexité de

⁸ Conseillère technique, coordinatrice des études à la Délégation Ancreai Ile-de-France Cédias
Emeline TACITE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2023

cette notion de rétablissement, avec l'évocation d'un paradoxe, qui consiste à s'enrichir de ses difficultés, et à accepter ses limites dans le but de les dépasser.

Cela implique pour les professionnels d'ouvrir leur champ d'attention et leurs pratiques à une vision plus globale et plus complète de la personne ayant des troubles psychiques. Le rétablissement passe par le pouvoir d'agir ou « empowerment » (Deegan 1988 et Anthony 1993). Le rétablissement fonctionnel⁹ est la dimension visée par la réhabilitation psychosociale¹⁰ et la remédiation cognitive, c'est-à-dire par des prises en charge destinées à augmenter la capacité des personnes à pouvoir gérer les situations auxquelles elles sont confrontées.

Au-delà de la prise en charge des symptômes, cette approche capacitaire (Erhenberg, 2016) concerne la réduction de l'impact sur la vie quotidienne de la personne de ses difficultés propres. Le rétablissement est un chemin propre à chacun mais qui peut se diviser en cinq étapes successives¹¹ (Andresen, Chaput, Oades, 2006).

L'objectif visé est de réduire les décompensations et les hospitalisations via quatre axes :

- « Santé » : faire du sport, prendre soin de sa santé physique et psychique ;
- « Réhabilitation sociale » : avoir accès à un logement, des loisirs, se faire des amis, être autonome ;
- « Réhabilitation professionnelle » : avoir accès à une formation, des études, un emploi ;
- « Soutien aux aidants » : leur permettre de prendre du répit, de comprendre la maladie.

B) L'approche par le parcours de l'autodétermination

La définition de l'autodétermination s'est précisée au cours des dernières décennies. En 1996, elle se définit comme « l'ensemble des habiletés et des attitudes, chez une personne, lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus » (Wehmeyer, 1996, traduction Lachapelle 2003)

L'autodétermination¹² est un élément clé de l'inclusion sociale et du parcours. Reconnaître que chaque individu a le droit d'être acteur de sa vie dans la juste mesure de ses capacités, c'est lui donner une place citoyenne pleine et entière au sein d'une société inclusive. Pour autant, cette notion d'autodétermination peut, pour certaines personnes, s'apparenter à une injonction, surtout pour les personnes qui éprouvent des difficultés à se projeter sur un parcours. Personnellement, je suis tout autant sensible au terme de « libre-arbitre », notion plus universelle et moins stigmatisante. La sémantique couplée à une réflexion macro en

⁹ Voir annexe 2 page II : les dimensions du rétablissement

¹⁰ Centre de Ressources de Réhabilitation Psychosociale, structure nationale non soignante de promotion des pratiques de réhabilitation psychosociale créée en 2015 voir annexe 3 page III

¹¹ Voir annexe 4 page III : les 5 étapes successives du rétablissement

¹² Voir annexe 5 page IV : les 4 composantes de l'autodétermination

lieu et place de la personne accompagnée peut, maladroitement, majorer les inégalités. « Désigner, c'est prendre le pouvoir. Celui de définir, stigmatiser, réduire » (Florence Lautrédou, psychanalyste, magazine management Avril-Mai 2023, page 41).

C) La réhabilitation psychosociale pour (re)créer des liens sociaux choisis

« La réhabilitation psychosociale fait intervenir les acteurs de la psychiatrie pour l'évaluation fonctionnelle des capacités et la mise en œuvre des soins de réhabilitation, et des acteurs sociaux et médico-sociaux pour le transfert des aptitudes préservées et des capacités retrouvées dans une participation sociale effective. Cette offre doit être développée sur chaque territoire de santé mentale, en lien avec des équipes ayant une fonction ressources à un échelon régional ou infrarégional. » (Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale). La réhabilitation psychosociale renvoie à un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes. Elle est centrée sur la dimension humaine de la personne, ses forces, ses rêves, ses espoirs, et non pas sur la maladie.

Les principaux outils thérapeutiques de la réhabilitation psychosociale sont :

- la psychoéducation (des personnes et des proches), destinée à favoriser l'acceptation et l'appropriation des troubles, du traitement et des perspectives de rétablissement ;
- la remédiation cognitive, l'entraînement de la cognition sociale et l'entraînement des compétences sociales destinées à restaurer la capacité à penser, à agir et à interagir ;
- les approches psychocorporelles, destinées à améliorer le bien-être et l'image de soi.

La psychoéducation des aidants peut réduire de 40 %¹³ le risque de rechute et de ré-hospitalisation.

En octobre 2016, le directeur général de l'ARS Aquitaine, Michel Laforcade, rendait son rapport relatif à la santé mentale et énonçait parmi ses propositions pour la « prise en charge des personnes ayant un handicap psychique » (page 64 du rapport Laforcade) de :

- Faire du SAMSAH le pivot de la prise en charge des handicapés psychiques et confier aux SAVS et aux SAMSAH un rôle d'articulation du sanitaire, du social et du médico-social ;
- Clarifier les rôles des SSIAD, SAVS et SAMSAH et éviter leur mise en concurrence.

« Les SAVS (financés par le département) et les SAMSAH (à double tarification) ont une fonction très importante dans l'insertion et la réhabilitation psychosociale des usagers de la psychiatrie. Ces services ne doivent pas se concurrencer mais se compléter, de même qu'ils ne doivent pas entrer en concurrence avec les équipes mobiles du secteur, mais au

¹³ Communiqué du CHU Le Vinatier de Lyon du 22 juin 2022

contraire établir systématiquement des liens avec elles. Leur nombre doit être augmenté en veillant à leur bonne répartition sur le territoire. L'offre de réhabilitation sociale devra être présente sur tout le territoire en s'inspirant des nombreuses méthodes qui ont fait leurs preuves. » (page 98 du rapport Laforcade).

L'espoir est un « catalyseur du rétablissement » (Favrod et Scheder, 2004 ; Andresen et al., 2003) qui permet à la personne d'envisager d'autres possibles pour sa propre vie.

Il conditionne le développement d'une forme de confiance et de motivation pour la personne. La réhabilitation est particulièrement pertinente dans la schizophrénie, dont les troubles impactent fortement la vie des personnes.

1.3.3 Le positionnement des SAMSAH à La Réunion

A) Le contexte de création des SAMSAH sur le territoire

a) Le schéma régional d'organisation médico-social 2012-2016

Bien que la loi du 11 février 2005 et le décret du 11 mars 2005 sur l'organisation des SAMSAH soient les textes fondateurs de ces services d'accompagnements, les premiers SAMSAH Psy ne seront créés qu'en 2011 à La Réunion. En effet, parmi les orientations de son Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) 2012-2016, l'ARS Océan Indien a organisé la filière handicap psychique et engagé une réflexion sur les moyens à déployer pour la prise en charge et le maintien à domicile des personnes en situation de handicap psychique. C'est ce contexte qui a permis l'appel à projet puis l'implantation de deux SAMSAH Psy à La Réunion, pour compléter l'offre de 145 places en SAMSAH non spécialisés déjà implantés à partir de 2008 par des structures associatives comme l'Association Laïque pour l'Education, la Formation, la Prévention et l'Autonomie (ALEFPA), l'Association Frédéric Levavasseur, l'Institut Régional des Sourds et Aveugles de Marseille (IRSAM Réunion) et l'Association Père Favron.

Toute personne domiciliée ou visitée en dehors de son territoire ne pourra être accompagnée par le SAMSAH de secteur, la mission de ce dernier étant de lui permettre de mobiliser les ressources de son environnement et de maintenir un lien social dans sa cité.

B) La fin de l'accueil familial au sein de « pensions marrons »

Dans les années 1990, les politiques sociales évoluent vers un maintien souhaité au domicile des personnes âgées et en situation de handicap. Si la solidarité familiale est encore prégnante sur le territoire, l'évolution sociétale a imposé une nucléarisation des familles. Depuis la loi relative à « l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes » du 10 juillet 1989, l'accueil familial des personnes en situation de handicap est considéré comme un mode de prise en charge

alternatif au domicile familial et à l'hébergement en institutionnalisation, sans être relégué comme solution de dernier recours.

Une étude réalisée début 2000 sur le territoire fait état de près d'un accueillant familial sur deux en situation de non-emploi (inactif, chômeur, en insertion, en formation avant d'obtenir son agrément). Les accueillants familiaux sont alors généralement des « femmes entourées par leur famille, qui ont le plus souvent élevé leurs enfants, sont propriétaires de leur logement, ont exercé une autre profession, et se sont orientées vers l'agrément, alors qu'elles n'avaient pas ou plus d'activité professionnelle, pour accueillir des personnes handicapées ». Une centaine de pensions de famille, dites aussi « maisons marrons » (en référence au qualificatif désignant naguère les esclaves en fuite à La Réunion) exerçaient alors sans agrément, sans quota, dans des maisons insalubres et sans aucun respect de l'hygiène ou de la sécurité des personnes accueillies au regard du décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent. S'il est alors impossible de comptabiliser précisément le nombre de ces pensions et de leurs occupants, l'étude montre qu'elles étaient surtout implantées dans le Nord-Est.

Le SAMSAH est alors apparu comme le service le plus à même d'accompagner ces personnes vers l'accès à un logement autonome. C'était alors une priorité sous-jacente de la mission des premiers SAMSAH implantés dans le Nord de l'île.

C) Les missions du SAMSAH pour réaliser le projet de vie de la personne

Avec la personne	Avec les partenaires	Avec les proches aidants
PROJET DE VIE		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluer les besoins et les capacités d'autonomie ➤ Identifier les accompagnements nécessaires ➤ Accompagner les personnes dans la réalisation des actes de la vie quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favoriser l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ➤ Coordonner les soins en santé ➤ Coordonner les actions auprès des mandataires judiciaires ➤ Suivre et coordonner les différentes démarches sociales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soutenir les relations dans l'environnement familial et social

C'est la MDPH, par le biais de son instance CDAPH, qui va étudier le projet de vie et notifier le SAMSAH comme étant une structure d'accompagnement adaptée aux besoins de la personne. A ce titre, la MDPH évalue tandis que le SAMSAH accompagne le projet de vie identifié lors de la CDAPH. Il y a environ 14 500 demandes CDAPH par an sur la tranche d'âge 20-60 ans pour 1500 orientations annuelles vers un établissement médico-social.

Sur les 52 000 personnes ayant un droit actif à la MDPH, 15 % sont concernés par les déficiences psychiques à titre principal¹⁴. En 2018, les SAMSAH ont vu leur part d'orientations évoluer de plus 15 % par rapport à 2016.

¹⁴ Voir annexe 6 page IV : la répartition de la population MDPH par déficience principale 2018

D) Le SAMSAH dans l'offre territoriale en santé mentale

Créée en 2017, la CTSM974 repose sur plusieurs collèges, à savoir les membres de droit (secteur sanitaire privé et public), les représentants des personnes et des familles, le secteur libéral et la médecine de ville (URPS, généralistes, psychiatres, réseaux de santé...) et enfin le secteur social et médico-social. Ce regroupement présidé par le directeur de l'EPSMR limite autant que possible le recours hospitalier et le risque de désinsertion sociale des personnes.

La CTSM974 a pour mission de promouvoir la santé mentale et d'améliorer l'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques dans toutes ses dimensions :

- La promotion et la prévention ;
- L'accompagnement au plus près du lieu de vie (inclusion sociale, logement, emploi, vie sociale...) ;
- L'amélioration de l'état de santé et le rétablissement (le repérage précoce des troubles, le parcours de santé et de vie sans rupture, l'amélioration de l'accès aux soins somatiques...) ;
- La veille du respect des droits et la lutte contre la stigmatisation.

Or, l'offre médico-sociale réunionnaise adulte accuse un net retard par rapport à la métropole. Bien que toujours en développement, elle se situe aujourd'hui au niveau de l'offre hexagonale de la fin des années 1990 ¹⁵. Ainsi, La Réunion dispose de 2453 places autorisées pour adultes en situation de handicap, réparties sur 54 structures.

L'offre en matière de services (SAVS et SAMSAH) est également très défavorable avec 188 places dont 43 places pour une prise en charge du handicap psychique. Il est constaté à La Réunion, au regard des données démographiques et de l'application des taux d'équipement métropolitains, des déficits notoires de capacité¹⁶, soit :

- Environ 140 places en MAS
- Environ 650 places en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)
- Environ 190 places en SAMSAH

Sur les huit SAMSAH que compte le territoire, seuls deux SAMSAH sont spécialisés pour accompagner plus particulièrement les personnes en situation de troubles psychiques. Le SAMSAH Psy de l'ALEFPA (organisme privé non lucratif ayant son activité centrée sur l'accompagnement social et médico-social à destination de toutes personnes en situation de handicap) est situé à Saint-Pierre et couvre, avec 20 places, les besoins du territoire du Sud. Le SAMSAH Psy de l'EPSMR est situé à Saint-Denis et dispose de 23 places pour répondre aux besoins de la population Nord de l'île (Sainte-Marie à Saint-Denis).

¹⁵ Rapport sénatorial de 2016

¹⁶ Voir annexe 7 page V : taux d'équipement pour adultes en situation de handicap psychique 2016

Les deux SAMSAH Psy se sont inscrits en 2012 dans un partenariat tel que prévu dans la réglementation du PTSM pour décloisonner et articuler le sanitaire (parcours de soins), le médico-social (projet de vie) et le social (citoyenneté) afin de répondre de manière efficiente à des problématiques rencontrées par les personnes en situation de handicap psychique sur le Département de La Réunion. Le SAMSAH Psy de Saint-Pierre ayant ouvert six mois avant celui de Saint Denis, l'équipe du SAMSAH Ensemb a pu bénéficier des retours d'expérience de l'équipe du Sud avant son ouverture.

C'est le collectif SAMSAH-SAVS qui coordonne la réponse des fiches action 5-1 et 5-2 du PTSM¹⁷. Les résultats attendus par l'ARS pour se positionner sur une ouverture de places supplémentaires en SAMSAH dédié Handicap Psychique dans le cadre de l'actualisation du Programme Interdépartemental d'accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie PRIAC (examen conjoint ARS Réunion et Département de La Réunion) sont :

- La réduction des hospitalisations liées à la fatigue des aidants ;
- La réduction du nombre de ré-hospitalisations des personnes accompagnées.

Même galvaudée, la pyramide issue de la théorie de Maslow¹⁸ positionne le besoin d'accomplissement en dernière position (le besoin de transcendance mis à part). Tous ces besoins identifiés ne pourront avoir de sens que si les besoins de sécurité, d'appartenance et d'estime de soi sont déjà assouvis.

Sur le même principe que la pyramide de Maslow qu'un besoin ne peut être atteint que si le besoin précédent a été satisfait, une infirmière en psychiatrie américaine, Virginia Henderson, va quant à elle détecter et théoriser dès 1947 les 14 besoins fondamentaux des personnes en situation de troubles psychiques¹⁹.

Modèle issu de l'École de bien-être social de l'Université du Kansas en 2004, l'approche par les forces de Rapp et Goscha a pour but d'aider la personne à découvrir les éléments importants qu'elle souhaite accomplir dans sa vie :

- L'accent est mis sur les forces de la personne et non sur les difficultés et la pathologie ;
- La communauté est vue comme une oasis de ressources pour la personne ;
- La relation entre la personne et ses accompagnants est primordiale et s'articule autour de la confiance et de la reprise de pouvoir par la personne ;
- L'intervention prend place dans la communauté ;
- Toute personne peut se rétablir et a la capacité de transformer sa vie.

¹⁷ Voir annexe 8 pages V : les fiches action 5-1 et 5-2 du PTSM 2019-2023

¹⁸ Voir annexe 9 page VI : la pyramide issue de la théorie de Maslow, 1943

¹⁹ Voir annexe 10 page VI : diagramme des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson, 1947

Conclusion de la première partie

Les objectifs généraux de l'ARS Réunion pour les dix prochaines années sont :

➔ En matière de santé mentale :

- Prévenir les troubles mentaux et les conduites suicidaires ;
- Dépister, diagnostiquer et prendre en charge précocement les troubles mentaux ;
- Garantir la continuité des soins, la qualité des accompagnements et l'inclusion sociale.

➔ En matière de handicap :

- Prévenir, dépister et prendre en charge précocement les déficiences à tous les âges ;
- Promouvoir et accompagner l'inclusion et l'accès aux droits des personnes vivant avec un handicap ;
- Anticiper les conséquences du vieillissement des personnes vivant avec un handicap.

Le SAMSAH intervient lors de l'admission, dans un moment de la vie de la personne qui est différent pour chacune d'entre elles. Où en est la personne dans la réponse à ses besoins, dans son parcours de vie, dans sa phase du processus de rétablissement s'il est enclenché ?

S'il n'est pas de « pouvoir d'agir » sans volonté d'agir, la mission du SAMSAH est d'accompagner la reconstruction, la préparation et la croissance, autrement dit la confiance en soi et l'estime de soi pour apprendre à développer des stratégies d'adaptation. Ce n'est qu'à ce moment-là que la mission du service est considérée comme terminée.

Les services d'accompagnement comme le SAMSAH doivent proposer un cadre solide et permanent pour soutenir, face à ces situations fragiles et fluctuantes. Le travail de mise en confiance des personnes et de mobilisation de leurs habiletés sociales est souvent un processus progressif et de longue haleine, qui s'inscrit dans un suivi parfois chaotique, impliquant des remises en question et des ajustements quasi permanents. Pour ces situations, il s'agit souvent moins d'un accompagnement dans les activités quotidiennes que d'une présence dans la relation et d'une écoute, de façon continue. Les rendez-vous doivent être réguliers, sans rupture dans le temps. La personne a besoin de sentir que le SAMSAH est présent et réactif, qu'elle peut être réconfortée, rassurée à tout moment.

Le début de l'accompagnement est souvent marqué par des comportements ou des actes montrant que ces personnes testent la solidité du lien.

La persistance des symptômes psychiatriques et la présence d'addictions ou de pathologies somatiques (comorbidité) sont les premiers facteurs susceptibles d'entraver ou de retarder le développement d'un processus de rétablissement.

2 Le SAMSAH Psy Ensemb, une alternative à l'institution

D'abord connues sous le nom d'« asile d'aliénés » à leur création dans les années 1830 puis « d'hôpital psychiatrique », les structures de l'EPSMR s'inscrivent dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins de Psychiatrie dès 2000, mais c'est la loi HPST du 21 juillet 2009 qui crée officiellement cette appellation au plan national et introduit une nouvelle gouvernance entre les acteurs du sanitaire et du médico-social. Les services de l'EPSMR assurent les missions de prévention, d'hospitalisation et de suivi après hospitalisation pour les patients des territoires de santé Nord, Ouest et Est du département, soit un bassin de population de plus de 540 000 habitants. L'établissement dispose de 532 lits et places répartis sur deux sites d'hospitalisation complète (Grand Pourpier et Bras Fusil) et d'une quarantaine d'autres structures, dont 14 hôpitaux de jour, 15 Centres Médico-Psychologiques, 3 Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel, 2 Unités d'Accueil Psychiatrique dans les hôpitaux généraux et 2 Unités d'Hospitalisation de Courte Durée. L'EPSMR, gère, par le biais de son pôle intersectoriel, des services qui interviennent sur tous les secteurs géographiques de l'EPSMR en liaison avec les équipes des autres unités intra et extrahospitalières : une Maison des adolescents (la « Kaz'Ados » de Saint-Denis), un centre de ressources pour auteurs de violences sexuelles, une unité de psycho-traumatologie, une équipe mobile de gérontopsychiatrie, un centre d'appui en réhabilitation, un service médico-psychologique régional (en milieu carcéral). Le SAMSAH Ensemb (qui signifie « Ensemble » en créole) couvre le territoire Nord de Saint-Denis à Sainte-Suzanne²⁰ et est rattaché à ce pôle intersectoriel autrement appelé « service transversal ». Il est l'un des deux établissements médico-sociaux gérés par l'EPSMR avec l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Psychiatrique Hibiscus de Bras-Fusil situé dans l'Est de l'île.

En 2015, la direction du Centre Hospitalier Ouest Réunion (CHOR) et celle de l'EPSMR fusionnent, imposant une vision et des pratiques managériales communes. Bien que ces structures soient issues de deux cultures professionnelles sanitaires, les pratiques professionnelles en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) et en psychiatrie diffèrent dans le rapport au temps du « prendre soin ».

2.1 Une culture sanitaire au service d'une démarche éducative

Le SAMSAH peut être juridiquement autonome ou être rattaché à l'un des établissements ou services mentionnés dans l'article L312-1 du CASF.

²⁰ Voir annexes 11 et 12 page VII : les caractéristiques de la zone d'intervention et fiche signalétique du SAMSAH Ensemb

Cette structure de proximité répond par son mode opératoire aux injonctions nationales et aux préoccupations budgétaires du schéma départemental par son accompagnement à la vie sociale à partir de leur domicile pour les personnes non prises en charge par les établissements. Investis d'une mission socio-éducative et médicale, les SAMSAH sont placés sous la double tutelle de l'Etat (ARS Réunion) et du Département en la personne du président du Conseil Départemental et du préfet.

2.1.1 Cas unique d'un service médico-social rattaché à un établissement sanitaire

A) La réponse à l'appel d'offre portée par un psychiatre de l'EPSMR en 2011

Sous l'impulsion d'un psychiatre très engagé dans la réhabilitation sociale et alors membre fondateur de l'association Allon Déor²¹, l'EPSMR a développé l'accompagnement d'une partie des personnes amenées à fréquenter ses services dans une réponse ambulatoire.

Le positionnement de l'EPSMR en réponse à l'appel à projet pour l'ouverture d'un SAMSAH Psy sur le territoire Nord pour un agrément de 23 personnes a interrogé à l'époque quant à la légitimité d'un établissement sanitaire gestionnaire d'un service médico-social, que ce soit en termes de pratiques professionnelles ou de vision déontologique.

Au sein même de l'EPSMR, les professionnels des unités soignantes méconnaissent les missions et l'intérêt du SAMSAH Ensemb et les échanges d'informations, pourtant capitales et règlementées²², à propos des personnes hospitalisées en psychiatrie et accompagnées par l'équipe du SAMSAH sont sources de positionnement réfractaire.

Il persiste donc, plus de dix ans plus tard, une méconnaissance et un amalgame de la part des professionnels de santé en interne comme en externe et des partenaires, autant que des personnes accompagnées.

B) Le financement du SAMSAH Psy Ensemb

Le financement du service est assuré pour la partie forfait soins par l'Assurance Maladie, et pour la partie fonctionnement par le Conseil Départemental au titre de l'aide sociale (tarif journalier). Le SAMSAH doit prendre en charge le prix de la journée arrêté par le président du Conseil Départemental. L'ensemble des prestations assurées par les professionnels est donc normalement totalement pris en charge. Sauf exception ponctuelle, aucune participation financière n'est demandée aux personnes accompagnées par le service. C'est ce financement mixte qui permet au SAMSAH d'offrir une prestation d'accompagnement global couvrant aussi bien les dimensions sociales que médico-sociales ou sanitaires. C'est la secrétaire du SAMSAH qui a pour mission de facturer et justifier le financement, soit 250

²¹ Association locale qui met en pratique le principe du Logement d'Abord à la Réunion et qui accompagne les adultes souffrant de troubles psychiques dans une situation d'exclusion sociale, qui vivent dans la rue.

²² Voir page suivante : le partage d'informations entre le secteur psychiatrique et le SAMSAH

jours d'ouverture x 23 personnes accompagnées = 5750 jours facturables avec deux types de financement : un forfait journalier (66€ x 23 personnes accompagnées x 250 jours) versé par le conseil départemental + une dotation globale (20 K€/mois x 12 mois) versée par l'ARS soit 620 000€/an.

C) Le partage d'informations entre le secteur psychiatrique et le SAMSAH

Si aujourd'hui les politiques publiques sont en faveur d'un décloisonnement du sanitaire et du médico-social, il persiste sur le terrain une étanchéité certaine. Parmi les principes de la loi 2002-2, le dossier unique de l'usager centralise l'ensemble des informations de la personne, qu'elles soient familiales, médicales (plan de soins, suivi des médicaments), en lien avec son Projet d'Accompagnement Individualisé (PAI), ou administratives. Or, le partage des données médicales aux professionnels des établissements médicaux reste un sujet sensible. Confidentielles, ces données sont pourtant essentielles aux établissements comme le SAMSAH qui intervient auprès d'adultes qui alternent entre hospitalisations, besoins de soins et rétablissement.

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les professionnels de santé peuvent légalement déroger au secret qui protège les données de santé : lorsqu'ils exercent au sein d'une équipe de soins dans un établissement de santé et interviennent auprès d'une même personne, les informations la concernant sont « réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ». La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a étendu le secret dit « partagé » au-delà de l'enceinte de l'hôpital. Elle a ainsi modifié les conditions d'échange et de partage des données de santé afin de tenir compte de l'évolution des modes de prise en charge et des pratiques professionnelles.

Selon l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique, alinéa II, :

« un professionnel peut échanger, avec un ou plusieurs professionnels identifiés, des informations relatives à la même personne prise en charge, et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ».

Il appartient encore aujourd'hui aux professionnels de définir au cas par cas et selon l'interprétation personnelle de chacun la notion de « strictement nécessaire ». Cette interprétation a pour conséquences des errances des personnes accompagnées au SAMSAH qui sortent d'hospitalisation en psychiatrie sans d'une part que nos équipes en soient informées, et d'autre part sans connaissance quant à un nouveau traitement médicamenteux proposé.

Le décret du 26 juillet 2016 mentionne que le professionnel doit informer préalablement la personne de la nature des informations échangées et du destinataire des échanges sans exiger son consentement.

A La Réunion, les travaux préparatoires d'écriture du prochain Projet Régional de Santé qui se sont déroulés en avril 2023 inscrivent encore comme objectifs généraux retenus pour l'orientation stratégique « la coordination des prises en charge » pour l'axe « mobiliser le numérique en santé ». Il reste à outiller la coordination, notamment grâce au levier « e-parcours » encore en cours de travaux.

2.1.2 Le fonctionnement du service

A) La composition de l'équipe pluridisciplinaire et le PAI

a) La composition de l'équipe pluridisciplinaire

Les prestations du SAMSAH Ensemb sont assurées par une équipe pluridisciplinaire²³ composée de deux éducatrices spécialisées, d'un assistant du service social, d'une psychologue, d'un médecin psychiatre, de deux infirmiers psychiatres et d'un aide-soignant. La secrétaire et le chef de service (cadre socio-éducatif) viennent renforcer l'équipe thérapeutique et éducative.

Il est question de reconnaissance, de statut et de qualification, dans cette équipe pluridisciplinaire. Par ailleurs, quatre professionnels sont encore en poste depuis l'ouverture du SAMSAH quand les postes socio-éducatifs ont connu une moindre stabilité : deux départs avant l'arrivée des actuelles éducatrices spécialisées en 2018, trois départs avant l'arrivée de l'actuel assistant de service social en 2016, deux départs sur un poste d'infirmier et deux départs avant l'arrivée de l'actuelle psychologue en juillet 2021 (0,2 ETP-Equivalent Temps Plein). A l'exception de l'aide-soignant et d'une éducatrice spécialisée, tous les professionnels ont un parcours antérieur au sein des équipes sanitaires de l'EPSMR. Le poste d'assistant de service social est passé de 0,5 ETP à 1 ETP début 2020.

La force des regards croisés de ces professionnels qui ont des cultures et pratiques professionnelles différentes peut également mettre les professionnels en difficulté. Les textes et décrets qui régissent le fonctionnement du SAMSAH permettent une liberté d'action qui peut entraver les prérogatives de chacun. Le positionnement interne est parfois difficile à trouver et laisse des traces sur l'harmonie de l'équipe, les frontières étant parfois minces entre les prérogatives des éducatrices spécialisées, de l'assistant de service social et des infirmières.

²³ Voir annexes 13 et 14 page VIII : le tableau d'ETP et l'organigramme du SAMSAH Ensemb

Chaque métier étant différent²⁴, il faut pouvoir produire des représentations professionnelles partagées d'autant que chaque accompagnement est constitué d'un binôme d'une infirmière et d'une éducatrice spécialisée.

L'équipe dépend du statut de la fonction publique hospitalière quand le fonctionnement du service est régi par le Code d'Action Sociale et des Familles.

b) Le PAI

L'équipe pluridisciplinaire va, en accord avec la personne accompagnée, faire émerger un projet d'accompagnement lorsque celle-ci n'a pas été en mesure de l'exprimer lors de l'entretien de pré admission ou d'admission. La grande majorité des projets sont formulés à l'issue de la première année de l'accompagnement bien que le législateur donne six mois aux établissements ou service pour l'élaborer après admission. Le SAMSAH Ensemb base le PAI sur l'évaluation des besoins à travers la grille CASIG-SR-fr²⁵, qui est une grille de rétablissement complexe à remplir et sur une temporalité ne permettant d'en faire un outil d'évaluation, mais plutôt un outil qui sert de base à l'échange.

Le projet de soin et le projet de vie étant en étroite corrélation, l'accompagnement par l'équipe sanitaire et celui qui est réalisé par l'équipe socio-éducative ne peuvent être pensés séparément. Le travail d'équipe participe au développement d'une vision d'ensemble et d'une réflexion autour des différentes étapes pour pérenniser les projets des personnes. C'est l'accompagnement aux soins articulé avec l'autonomie sociale et les divers accompagnements socio éducatifs qui constituent la dimension médico-sociale fondamentale du SAMSAH.

Un système de file active permet d'accompagner entre 30 et 35 personnes sur des temporalités variables pour pallier les périodes d'hospitalisation ou de décompensation et maintenir ainsi une activité à 100 %. La file active est le nombre de personnes accompagnées par le service au moins une fois dans l'année civile. Finalement, un faible nombre de personnes de la file active actuelle a vécu dans une « pension marron » avant d'être pris en charge par le SAMSAH pour rechercher un nouveau logement. Un accompagnement dure en moyenne 36 mois. Compte tenu du temps d'attente moyenne qui est de 25 mois aujourd'hui (alors qu'il était de 18 mois en 2015) avec 70 personnes en file d'attente, les notifications MDPH sont passées de trois à cinq ans pour tenir compte de cette temporalité et éviter qu'au moment de leur admission dans le service, la date de fin de notification de la personne ne soit proche et ne permette une durée d'accompagnement suffisante.

²⁴ Voir annexe 15 page IX : les missions des professionnels du SAMSAH Ensemb

²⁵ Client Assessment of Strengths, Interests and Goals – version française, Lecomte, Wallace et al 2001

B) Le travail en réseau et le logigramme du parcours

a) Le partenariat et le travail en réseau actuel

La mission de coordination du SAMSAH Ensemb se traduit par un réseau partenarial étoffé autour de ses deux champs d'intervention : coordinations des soins et socio-éducative.

Pour la coordination socio-éducative :

- La MDPH
- Le Conseil Départemental
- Les services de protection de majeurs (tutelle, curatelle)
- La sécurité sociale
- Les structures médico-sociales, associatives (associations de famille et d'usagers, groupes d'entraide mutuelle (GEM), associations sportives...)
- Les services sociaux, centres communaux d'action sociale (CCAS), services d'accompagnement à l'emploi, services de formation, bailleurs sociaux, maisons relais...

Pour la coordination des soins :

- L'ARS-OI
- Les services de psychiatrie publics et privés (urgences et hôpitaux, cliniques, Centres Médico-Psychologiques, structures de l'EPSMR)
- Les structures médico-sociales
- Les professionnels de santé (médecins traitants, spécialistes, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, pharmaciens etc.)

Ce réseau, formel et informel et en perpétuelle évolution, est complété par un conventionnement formalisé avec le SAMSAH Psy de l'ALEFPA en 2013 et le SAMSAH de l'Association Saint-François d'Assises (ASFA) en 2016. Un partenariat invisible et informel se noue de trop rares fois entre les personnes accompagnées et leurs aidants, proches ou personnes ressources.

b) Le logigramme du parcours de la personne accompagnée

Le SAMSAH Ensemb propose un accompagnement individualisé, personnalisé, qui se décline en différentes étapes²⁶.

La temporalité dans laquelle s'inscrit ce PAI est liée aux phases d'évaluation et de synthèse qui en sont les étapes préalables primordiales à son élaboration. La nature de l'accompagnement (dépendance, suppléance, guidance, conseils, suivi...) est définie en réunion pluridisciplinaire aux vues des capacités projetées de la personne.

²⁶ Voir annexe 16 pages IX et X : le logigramme de la personne accompagnée

Cet accompagnement souple, adaptable et agile est plus qu'une obligation réglementaire, qu'un moyen mis en œuvre pour compenser les effets du handicap. Il va permettre d'adapter les prestations de services au regard des besoins identifiés par les nomenclatures SERAFIN PH²⁷ et de donner du sens aux actions du SAMSAH.

La réforme de la tarification en cours « Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements au parcours des Personnes Handicapées », dite SERAFIN PH, annonce qu'il s'agit dorénavant de prendre en compte l'évaluation précise des besoins de la personne à la fois à l'admission dans les dispositifs d'accompagnement, tout autant que dans le temps de son parcours au sein du service, afin de lui apporter la meilleure réponse possible, souple et adaptable. Les prestations de soins et d'accompagnement issues de la nomenclature du projet SERAFIN PH, sont les prestations directes réalisées dans le cadre de cette évaluation et le temps de son accompagnement.

Dans le cadre de la transformation de l'offre, ce projet est un outil de communication fort qui permet un langage commun à tous les acteurs, quel que soit le secteur.

C) L'enjeu réglementaire : favoriser la participation des personnes

a) Le rapport de l'évaluation externe de 2019

L'évaluation externe de 2019 précise que le SAMSAH entend « favoriser, quelle que soit la restriction de leur autonomie, leur relation aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement : les principes de « personne au centre de son projet » et de co-construction sont inscrits dans les principes d'intervention du SAMSAH ; la personne est appréhendée comme un citoyen. »

L'accompagnement se fait « en référence aux chartes ratifiées et notamment à la charte des droits et libertés de la personne accueillie et la "charte pour les usagers en santé mentale" de Romain Jacob »²⁸ qui sont présentes dans le livret d'accueil et affichées à l'entrée du service.

L'évaluation externe de 2019 fait ressortir un manque d'intégration :

- Des personnes accompagnées → absence de leur participation dans les évaluations internes et la rédaction des projets de service et trop peu de groupes d'expression proposés ;
- Des aidants → absence totale de Conseil de Vie Sociale (CVS) et une trop faible quantité de questionnaires à destination des aidants ne permettant pas de les évaluer.

²⁷ Voir annexes 17 et 18 page XI : les nomenclatures des besoins et des prestations du projet SERAFIN PH

²⁸ Voir page 33

b) Les instances de participation issues de la loi 2002-2

Les quatre formes de participation sont réglementées par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 (reprise dans l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles) qui institue soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Le Décret n° 2003-1136 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités de mise en œuvre de la visite de conformité mentionnée à l'article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles, retient :

- Le conseil de la vie sociale ;
- Les groupes d'expression ;
- Les enquêtes de satisfaction ;
- Les rencontres avec le chef de service.

c) Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

L'ANESM-HAS²⁹ précise que parmi les spécificités des personnes en situation de handicap psychique « les personnes peuvent être dans l'incapacité de demander de l'aide : c'est le principe de la "non-demande" [...], les causes de l'absence de demande pouvant être liées à des facteurs personnels ou environnementaux (par exemple, inadéquation entre les besoins de la personne et l'accompagnement proposé) » (ANESM, « Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques » 2016).

Or l'expression de la demande est essentielle pour favoriser un accompagnement le plus propice possible à l'instauration d'une relation basée sur la compréhension des demandes entre les professionnels et la personne accompagnée.

La crise sanitaire n'a pas permis de réunions physiques et a freiné les premières actions concrètes de participation posées en 2017 et 2018. De plus, des changements structurels dans la composition de l'équipe (plusieurs départs en 2017 dont les deux éducatrices spécialisées, de nouvelles arrivées avec des nouvelles pratiques professionnelles, l'absence de chef de service pendant plusieurs mois entre 2019 et 2020) n'ont pas permis un fonctionnement optimal du service, rendant ainsi l'expression des personnes moins prioritaire que leur accompagnement effectif « sur le terrain ». Le moyen retenu comme étant un outil de participation appelé « rencontres avec le responsable de service » s'apparente davantage à une démarche administrative. A ce stade, il m'a paru intéressant de questionner les professionnels sur leur perception des personnes concernées : sont-elles suffisamment motivées ou en « état » d'être actrices des décisions qui les concernent ? Leur perception est plutôt en faveur d'un manque d'informations des personnes et d'un regard peut-être trop « clinique » et pas suffisamment « citoyen » posé sur les personnes accompagnées.

²⁹ Depuis le 1^{er} avril 2018 et l'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale, l'HAS a intégré les missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'HAS sur les spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques mettent l'accent sur la coordination entre l'accompagnement social et les soins et identifient les pratiques professionnelles à mettre en œuvre en vue de favoriser :

- La valorisation des potentialités des personnes et de leur citoyenneté ;
- Leur inclusion sociale et l'amélioration de leur qualité de vie ;
- La prise en compte de leurs besoins spécifiques dans les différents domaines de la vie ;
- La prévention des ruptures de soin et/ou d'accompagnement et la personnalisation de leur parcours.

Si les RBPP se déclinent en six chapitres, le chapitre relatif à « la place de la personne : actrice et citoyenne » est le fondement de l'accompagnement. Les autres chapitres représentent des domaines de vie en interaction et donc à coordonner entre eux (La vie relationnelle, affective et familiale ; L'accompagnement vers et dans l'habitat ; L'accompagnement dans la vie quotidienne et courante ; L'accompagnement à l'emploi, à la formation et aux activités ; La santé : prendre soin et accompagner vers les soins médicaux). Cependant, il n'existe ni hiérarchie, ni ordre de lecture. Les domaines doivent être investis selon les priorités de l'accompagnement à définir avec chaque personne accompagnée, tout au long de son parcours de vie. Enfin, il est recommandé aux professionnels durant l'accompagnement de tenir compte du caractère variable, intermittent et évolutif des troubles et de la difficulté pour les personnes à demander de l'aide. Le guide qui s'y rattache recommande de réévaluer régulièrement le parcours et les soutiens nécessaires pour favoriser le passage de l'assistance de droit, quel que soit le type d'accompagnement.

Dans tous les cas, quelle que soit la capacité démontrée de la personne, l'adhésion peut être de façade et une non-demande peut aussi être une appropriation des droits de la personne à ne pas vouloir participer aux décisions la concernant au sein du SAMSAH Ensemb ; il appartiendra donc aux professionnels de s'assurer que les personnes soient en capacité d'investir les dispositifs et les outils dédiés à la participation et qu'elles en aient le souhait.

2.1.3 La période 2013-2015 : le changement de paradigme

A) L'affaire Amélie Loquet en 2013

Rendue médiatique sous l'impulsion et le militantisme de ses parents, la jeune Amélie Loquet a 19 ans quand elle devient le visage de la défaillance institutionnelle en 2013. Lourdemment handicapée, Amélie Loquet attend une place en hébergement depuis plusieurs années, son état nécessitant une prise en charge 24 heures sur 24. Alors épuisés et

démunis, ses parents assignent le conseil général de leur département (Val d'Oise) et l'ARS Ile de France devant le tribunal administratif pour « atteinte au droit de la vie ».

C'est un véritable séisme médiatique. Madame Marie-Arlette Carlotti, la ministre déléguée aux Personnes handicapées et à la Lutte contre l'exclusion de l'époque, s'adresse à la presse en prononçant à plusieurs reprises. « je ne veux plus de ça ». C'est à cette époque que les termes comme « situations critiques » et « situations complexes » entrent dans le langage commun. L'affaire secoue le secteur du handicap et les pouvoirs publics.

B) La signature de la charte Romain Jacob en 2014

Père de deux enfants handicapés, Pascal Jacob est à l'origine de la charte Romain Jacob³⁰, dont le nom fait référence à son défunt fils.

Missionné par le Gouvernement en 2008 pour la création de l'hospitalisation à domicile dans le social et médico-social, Pascal Jacob a ensuite été missionné par Mme Marisol Touraine (alors ministre des Affaires sociales) et Madame Marie-Arlette Carlotti sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées.

Il a remis deux rapports au Gouvernement :

- a) « Un parcours de soins sans rupture d'accompagnement », le 14 février 2012 ;
- b) « L'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées », le 6 juin 2013.

S'en suit en 2014 une charte qui reprend 12 recommandations pour un meilleur accès aux soins des personnes vivant avec un handicap et impose un accès au droit commun pour l'accessibilité, l'inconditionnalité de l'accompagnement au quotidien, le droit au répit, l'aide aux aidants, l'accès à l'emploi et aux soins. Elle a été rédigée par et pour les personnes en situation de handicap et fait figure de guide éthique pour les professionnels et les quelques 7000 membres signataires de cette charte. La personne en tant que citoyenne et surtout en tant qu'être humain, est (re)placée au cœur des actions politiques et institutionnelles. Si aujourd'hui la charte est relayée et signée dans 21 pays à travers le monde, c'est à La Réunion qu'elle est véritablement née. L'EPSMR fait partie des premiers acteurs de la santé et du handicap signataires de la charte.

C) Le rapport Piveteau de 2014 « zéro sans solution » et la RAPT en 2015

A la suite de l'affaire Amélie Loquet, le sénateur Denis Piveteau est mandaté pour produire un rapport aujourd'hui encore appelé « zéro sans solution ».

Le rapport Piveteau précise que « seule la « subsidiarité » (le recours aux solutions les plus proches possibles du droit commun) permet d'adapter la réponse aux besoins.

³⁰ Voir annexe 19 pages XII à XIII : la charte de l'accès à la santé des personnes handicapées dite « Romain Jacob »

La RAPT dont le Plan d'Accompagnement Global (PAG) en est une illustration sur le terrain doit faire évoluer les accompagnements et impliquer une formation des équipes professionnelles à ces « prestations à la carte » dans la lignée de la réforme SERAFIN PH. Par ailleurs, ce rapport invite les autorités publiques à structurer des réponses territoriales. La coordination et la clarification des missions imposées par le projet de réforme SERAFIN PH doivent lever toute confusion sur « qui fait quoi » sur le territoire, au sein du SAMSAH Ensemb et de façon générale durant le parcours globalisé du bénéficiaire.

« La démarche "Une réponse accompagnée pour tous" est, autant qu'une ambition pour les personnes en situation de handicap et leurs familles, un état d'esprit pour tous les acteurs impliqués. A la base de cette démarche, il y a l'idée qu'en réunissant les compétences et les expertises et en se coordonnant mieux, il est possible de proposer les meilleures réponses territoriales pour tous, plus particulièrement une réponse individualisée pour une personne « sans solution » soit par manque de places soit parce que face à cette situation complexe, aucun professionnel ne pourrait avoir la réponse seul ». (CNSA « Déployer la démarche "Une réponse accompagnée pour tous", premiers enseignements et retours d'expérience » 2017, édito de Marie-Sophie Desaulle, page 3)

Le SAMSAH est donc une illustration de cette prise en charge attendue dans le cadre de la RAPT qui préparait déjà à de nouvelles pratiques professionnelles de « modularités » des accompagnements. Cette dimension d'évolution des postures et des pratiques professionnelles passe par :

- La formation ;
- L'analyse des pratiques ;
- La capitalisation formelle de toutes les expériences qui ont déjà fait leurs preuves.

Depuis le rapport Piveteau de 2015 et la démarche " Une réponse Accompagnée Pour Tous", le nombre d'orientations vers les SAMSAH de La Réunion n'a cessé d'augmenter jusqu'à atteindre près de 700 notifications par an pour un nombre de places limité à moins de 200.

2.2 L'évolution du profil des personnes accompagnées

Depuis plusieurs années, l'analyse de l'évolution du public accompagné amène à constater plusieurs points :

- Un fort rajeunissement du public accompagné ;
- Un accompagnement croissant de situations dites complexes ;
- Des jeunes majeurs de moins en moins protégés au sens juridique ;
- L'apparition de nouvelles difficultés d'accompagnement auxquelles le service n'est pas préparé.

2.2.1 Des jeunes adultes plus dépendants du soutien familial et sanitaire

A) Une surreprésentation des 20-29 ans vivant au domicile familial depuis 2015

Ces dernières années, la structure a vu la part d'adultes de moins de 30 ans accroître de manière exponentielle. Aujourd'hui, cette tranche d'âge représente près de 60 % des personnes accompagnées par le SAMSAH Ensemb³¹ quand elle ne représente que 7,22 %³² de la population MDPH. La tranche des 0-29 ans représente quant à elle 23 % de la population MDPH. Ces jeunes adultes vivent en très grande majorité au domicile familial au début de l'accompagnement, ce qui implique une plus grande prise en compte de la famille dans l'accompagnement notamment quand les visites se font à domicile, ce qui est une des prérogatives du SAMSAH.

B) Plus de parcours sanitaires que médico-sociaux

Si le SAMSAH est un service initialement pensé pour accompagner les adolescents sortant de SESSAD, d'instituts médicoéducatifs (IME) ou trop âgés pour rester en instituts médico-professionnels (IMPRO), la réalité au SAMSAH Ensemb est autre. En effet, une faible partie des jeunes adultes a pu bénéficier d'un accompagnement médico-social avant son admission tandis qu'une majorité a été orientée à la suite d'un premier épisode psychotique ayant entraîné une hospitalisation en psychiatrie. Ni les personnes, ni les familles ne sont alors familiarisées avec l'environnement médico-social et l'accompagnement éducatif.

C) 75 % d'orientations sans projet de vie

La durée d'attente est en moyenne de 25 mois. Il arrive que quelques personnes aient la possibilité de rejoindre un autre SAMSAH non dédié du secteur avant que le service ne puisse l'accueillir. Mais pour la majorité des personnes restées sur la liste d'attente, cette temporalité entre la rencontre avec le chef de service et l'admission renforce la notion de flou autour du service. Pour les très rares personnes à avoir un projet de vie au moment de la pré admission, celui-ci a évolué et n'est parfois plus d'actualité.

Si pour le législateur la notion de projet de vie est indispensable pour intégrer le SAMSAH, au même titre que le souhait de la personne, les intéressés sont plus de 75 % à être orientés vers le SAMSAH Ensemb sans en avoir fait la demande explicite.

Deux conditions sont pourtant indispensables pour être accompagné par le SAMSAH :

➤ Souhaiter un accompagnement pour la réalisation d'un projet de vie ;

➤ « Dont les déficiences et incapacités nécessitent :

a) Des soins réguliers et coordonnés ;

b) Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert ».

³¹ Voir annexe 20 page XIV : les schémas TDB ANAP profils de personnes accompagnées en 2020

³² Voir annexe 21 page XV : la répartition MDPH par âge, 2018

Le décret n°2005-223 du 11 mars 2005 stipule, en plus de ces deux conditions, que le SAMSAH s'adresse « à un public large et en particulier à un public non institutionnalisé, non repéré et en rupture de tout dispositif existant ».

Bien que la MDPH contacte chaque personne orientée sans en avoir fait la demande pour leur expliquer les missions du SAMSAH, la quasi-totalité des personnes accompagnées ne se souvient plus de cet échange au moment de la pré admission. Ce constat a mobilisé le chef de service sur la pertinence d'une action à mener en amont de cette pré admission, en contactant la personne dès réception de la notification pour clarifier les missions du SAMSAH et recevoir son adhésion. Si la majorité des personnes rencontrées se disent favorables à rester sur la liste d'attente (20 % décident de la quitter à cette étape), les raisons diffèrent : certaines craignent de se voir retirer leurs allocations, d'autres d'être hospitalisées à la place. En effet, le logo de l'EPSMR visible sur chacun des documents obligatoires remis lors de l'admission additionné à la notification MDPH est source d'inquiétude.

Les familles et les personnes accompagnées demandent régulièrement des précisions à la secrétaire du SAMSAH : « va-t-on m'hospitaliser si je ne répons pas bien aux questions destinées à évaluer mon projet ? » ; « va-t-on me couper mes allocations si j'estime que finalement le SAMSAH ne correspond pas à mes attentes ? » (Recueil de questions types lors de l'entretien de pré admission).

Finalement, 25 % des personnes accompagnées ont à leur admission un projet qu'elles souhaitent faire aboutir. Les autres personnes ont pour autant des envies, qui sont les mêmes que celles de toutes les personnes de leur classe d'âge : trouver un(e) petit (e) ami(e), sortir avec des amis, pratiquer du sport, continuer ou faire des études, trouver un premier emploi... Sans projet, sans demande expresse d'être accompagné par le SAMSAH ou après avoir attendu jusqu'à deux ans, le manque de motivation, d'engagement de la part des bénéficiaires rend l'accompagnement difficile et met l'équipe pluridisciplinaire face à un sentiment d'impuissance auquel s'ajoute des difficultés de projection et de rapport au temps auxquelles les professionnels doivent s'adapter. Cette démobilisation peut amener à une prolongation de l'accompagnement après validation de la MDPH ; la non-adhésion et la démobilisation de la personne peuvent entraîner une rupture de soins qui va elle-même entraîner une rupture d'accompagnement.

Aux termes du nouvel article D. 344-5-1 du CASF, les personnes susceptibles d'être orientées en SAMSAH sont des personnes qui présentent une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne. L'article D. 344-5-2 définit les besoins auxquels il doit être répondu, notamment :

- Besoin d'une aide à la communication et à l'expression de leurs besoins et attentes ;

- Besoin d'une aide pour tout ou partie des tâches et exigences générales et pour la relation avec autrui, notamment pour la prise de décision ;
- Besoin de soins de santé réguliers et d'accompagnement psychologique.

Si le service est habilité pour évaluer les besoins et capacités en autonomie nécessaires à la réalisation du projet de vie fourni par la CDAPH, dans les faits le SAMSAH Ensemb ne reçoit ni les besoins, ni les demandes, ni les projets de vie qui justifient leur orientation.

D) Des personnes qui ne sont pas toutes stabilisées à leur admission

Les personnes orientées ne sont pas systématiquement en situation de handicap psychique. Certaines arrivent sans être sous traitement ni suivi psychiatrique. Cette notion de stabilisation est pourtant intégrée à tous les documents qui régissent le SAMSAH et auxquels la MDPH a accès. Le psychiatre du SAMSAH, qui ne siège plus à la CDAPH depuis 2017 sans avoir été remplacé, doit donc faire une évaluation clinique au moment de l'admission et s'assurer soit de la stabilisation effective, soit du handicap psychique.

2.2.2 Une majorité de personnes présentant des troubles de la schizophrénie

A) Une grande variabilité de disponibilité psychique

Les professionnels qui accompagnent les personnes au SAMSAH Ensemb font part d'une variabilité importante de disponibilité psychique en fonction de périodes pouvant mener à des replis, voire des décompensations. Pour agir dans la bienveillance, l'équipe pluridisciplinaire se doit de tenir compte de cette variabilité et adapter les accompagnements. Les professionnels doivent entendre la volonté des personnes à ne pas toujours ouvrir la porte de leur domicile.

B) Une difficulté à se projeter et un rapport à la temporalité différent

Si les personnes totalement isolées ont besoin d'un accompagnement durable parce que le SAMSAH représente le seul point d'ancrage, il sera nécessaire d'accompagner les personnes en situation de troubles de la schizophrénie dont les symptômes s'expriment négativement (repli sur soi, important besoin de stimulation, démotivation) sur une longue durée et sur un travail de maintien des acquis. Les échanges formels et informels réalisés en début d'accompagnement font part d'une difficulté à se projeter dans une temporalité telle que la société la définit. Le « tout tout de suite » n'est pas un adage en phase avec les personnes accompagnées par le SAMSAH.

C) Des demandes difficiles à exprimer/faire exprimer

Des temps d'échanges entre les personnes accompagnées et les professionnels sont mis en place afin d'évaluer les besoins et recueillir les demandes. Il n'est pas toujours facile pour les personnes de les formuler, d'une part parce qu'il peut ne pas y en avoir au moment

du recueil, et d'autre part parce que ces demandes peuvent être difficiles à exprimer. L'équipe est formée à la communication non violente mais pas aux techniques de communication relationnelle permettant de recueillir différemment les demandes. Pour le moment, seules les enquêtes de satisfaction permettent de faire émerger ces demandes bien que ce ne soit pas l'objectif prioritaire de ces questionnaires.

Au SAMSAH Ensemb, les personnes présentant des troubles de la schizophrénie représentent 80 %³³ des personnes accompagnées en 2020.

D) Une forte augmentation des troubles associés

a) Le cumul de comorbidités et d'incurie

79 % des personnes atteintes de troubles psychiques souffrent d'au moins une comorbidité somatique (fonction immunitaire altérée, comportements préjudiciables à la santé, non-respect des prescriptions médicales, difficultés d'accès aux soins et de traitement adapté, taux de suicide élevé...). D'après le dispositif Vigilans de l'EPSMR, dispositif de veille des suicidants, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans alors qu'il est en cinquième position chez les 30-49 ans. Le risque de mort prématurée est de 10 à 25 % plus élevé pour les personnes atteintes de troubles psychiques.

L'incurie concerne majoritairement l'accès aux soins dentaires et gynécologiques au SAMSAH Ensemb.

b) Un taux d'addictions en forte augmentation

Entre 2015 et 2020, les addictions ont augmenté de 60 % (drogues, alcool, psychotropes...). De nombreuses études ont prouvé le lien entre faible estime de soi et conduite addictive. L'abus de drogues ou d'hypnotiques concerne de très nombreuses personnes atteintes de troubles psychiques. Ces consommations ont autant pour but de calmer l'angoisse entraînée par les symptômes psychotiques que d'éprouver un certain plaisir. Elles peuvent entraîner une accoutumance voire une dépendance. Le cannabis ou le « zamal » (psychotrope local) consommé de façon importante, diminue de façon notoire l'effet des médicaments. L'alcool peut aggraver un état dépressif voire rendre agressif. Or, la stabilisation de la maladie fait baisser la consommation de substances toxiques.

Lors de sa conférence sur les addictions des jeunes adultes le 26 octobre 2021 à l'IRTS de la Réunion, le Professeur Jean-Luc Venisse a précisé : « Parmi les nombreux facteurs psychologiques et socioculturels qui peuvent contribuer à ce que les adolescents aient aujourd'hui tout particulièrement tendance à s'engager dans ces conduites à risques et

³³ Voir annexe 20 page XIV : les schémas TDB ANAP profils de personnes accompagnées en 2020
Emeline TACITE - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - 2023 - 39 -

addictives, on cite volontiers les facteurs qui contribuent à compliquer le travail de séparation - individuation propre à cette période ».

Au SAMSAH Ensemb, tous les cas prioritaires traités lors des réunions de service hebdomadaires font mention d'une séparation difficile entre la personne accompagnée et son aidant familial (en grande majorité la mère et/ou la grand-mère).

Une étude sur la typologie des jeunes qui prennent des risques a été réalisée par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) : les jeunes « déstabilisés » qui ont une faible estime d'eux-mêmes, des comportements à risques, des conduites déviantes...ont des difficultés à se projeter dans l'avenir (6 %). La conclusion de cette étude qui date de 1999 est la suivante : la mésestime de soi semble être un facteur constant de l'addiction tandis qu'à l'inverse la stabilisation de la maladie fait baisser la consommation de substances toxiques.

Monsieur Choquet, psychologue spécialiste de la conduite addictive parle quant à lui de facteurs de risques évolutifs liés au mal-être des jeunes adultes qui, cumulés à des troubles psychiatriques, donnent un trait de personnalité commun à ces personnes dites « addict » : la faible estime de soi.

c) L'apparition de troubles associés du comportement et de la communication

Depuis 2015, on assiste également à une évolution des troubles associés : les TCC (troubles du comportement et de la communication) représentent 25 % des troubles associés en 2020 alors qu'ils n'étaient pas représentés avant 2015³⁴.

2.2.3 De nouvelles difficultés d'accompagnement

A) Des périodes de décompensation plus nombreuses

Au SAMSAH Ensemb, depuis 2012, les absences sont stables avec environ 950 jours par an sur une activité totale de 5750 jours d'accompagnement annuels. Si le nombre de jours d'hospitalisation baisse d'année en année (entre -10 et -20 % par an, les durées de séjour ayant elles-mêmes diminué dans ces proportions), le nombre de personnes hospitalisées reste en augmentation avec parfois jusqu'à cinq personnes accompagnées hospitalisées simultanément en psychiatrie, sur une file active de 30 personnes. Dans la majorité des cas, ces personnes ont moins de 30 ans. Plus jeunes dans la maladie, venant d'être diagnostiquées et la plupart du temps au début de leur parcours de soins, les personnes n'ont pas encore les ressources internes et externes suffisantes pour espacer les périodes de crises.

« La plupart [des] troubles débutent en fin d'adolescence ou chez l'adulte jeune, ce qui augmente le retentissement sur la vie sociale puisque la personne concernée n'a pas

³⁴ Voir annexe 20 page XIV : les schémas TDB ANAP profils de personnes accompagnées en 2020

encore achevé la construction de son identité sociale ni son autonomisation. Il arrive cependant que certaines formes soient plus précoces et débutent dès l'enfance ou qu'elles soient précédées de difficultés affectives ou cognitives. » (Dossier technique CNSA d'avril 2017 « Troubles psychiques », pp. 13 à 28)

B) Des familles qui peinent à se positionner dans l'accompagnement

L'invisibilité du handicap psychique inquiète plus qu'elle ne rassure. Les familles expriment régulièrement auprès des professionnels, rencontrer des difficultés à trouver la juste attitude entre la surprotection et le rejet et à en parler sereinement avec leur proche accompagné par le service. Si seulement 1 % des personnes atteintes de schizophrénie est violente, elles ont 40 fois plus de risque d'être physiquement agressées et 240 fois plus de risque d'être volées ou squattées. Ainsi malmenées, susceptibles d'être la cible de personnes mal intentionnées, on assiste au SAMSAH Ensemb à une « surprotection » des familles qui peut ralentir la démarche d'acquisition à l'autonomie recherchée dans l'accompagnement du SAMSAH. 90 % des jeunes de moins de 30 ans accompagnés par le SAMSAH vivent dans un foyer monoparental tenu par leur mère et/ou leur grand-mère.

Le rôle de la famille et plus globalement des proches aidants est fondamental dans le processus de rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques sévères et durables. Cet enjeu est aujourd'hui au cœur des politiques publiques nationales et des actions départementales. L'offre communautaire peut jouer un rôle déterminant en la matière. A La Réunion, les deux Conseils Locaux de Santé Mentale récemment créés (La Possession et Saint-Paul) contribuent également à l'information sur leurs droits dans le cadre de la démocratie sanitaire.

C) Une diversité des approches qui se télescopent

Un accompagnement médico-social soutenu sur la durée apparaît nécessaire pour une partie des personnes accompagnées. Au SAMSAH Ensemb, la majorité des personnes bénéficient d'une autre prise en charge sociale, médico-sociale ou sanitaire : presque une personne sur deux est accompagnée par un CMP et/ou un GEM, 25 % sont aidés par un service à domicile. La grande majorité bénéficie de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) couplé à l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Le SAMSAH intervenant sur une certaine temporalité et en parallèle à d'autres dispositifs, les frontières sont ténues quant à la question du « qui fait quoi ? ». Par exemple, vers quel assistant de service social se tourner quand finalement la personne est accompagnée par celui du SAMSAH Ensemb, celui du CMP, celui du Centre d'appui en réhabilitation de l'EPSMR (CARE)... ? Quand le CARE accompagne une personne à prendre le bus pour venir dans ses locaux alors que c'est un projet porté par le SAMSAH ? L'exemple le plus parlant de cette méconnaissance par les acteurs des missions du SAMSAH s'est révélé

lorsqu'un un foyer d'hébergement a fait pour une personne accueillie une demande d'orientation en SAMSAH dans le but d'améliorer la communication entre les équipes du foyer et celles du CMP qui accompagnait ce résident. Que ce soient les prescripteurs d'une notification, les partenaires ou les acteurs d'autres dispositifs, ils sont nombreux à se questionner sur les missions et la pertinence du SAMSAH. Des actions sont régulièrement réalisées en doublon par les différents acteurs qui accompagnent la personne en l'absence d'un référent identifié. Cette situation génère de l'insatisfaction, de la frustration et de l'impuissance de la part de l'équipe. Et comment les personnes accompagnées peuvent-elles se construire dans un tel chaos ?

La prise en charge et l'accompagnement du handicap psychique associant de nombreux acteurs, les coopérations et les parcours se doivent d'être au cœur des politiques de santé mentale. Le volet « handicap psychique » de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale souligne ces mêmes enjeux au service d'un parcours global coordonné pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique.

Si le SAMSAH Ensemb répond à un besoin identifié dans le cadre du SROMS, la problématique de la file d'attente en constante augmentation associée à des orientations sans demande de SAMSAH par les personnes en besoins d'accompagnement laisse à penser que ce service subit les effets du rapport Piveteau et de la RAPT qui en découle. Compte tenu de l'évolution de la population (plus jeune, moins protégée), ses missions sont-elles toujours en adéquation avec ses besoins ? Dans quelle mesure ses demandes sont-elles prises en compte pour évaluer leur satisfaction ? Comment est mesurée l'efficacité de l'accompagnement ? Comment encourager la participation active dans la mise en action du projet de vie au SAMSAH ?

« Dans le handicap d'origine psychique, c'est l'organisation qui est en cause, comme l'organisation du temps, l'anticipation des conséquences d'un acte, la possibilité de communiquer de façon participative, mémoriser, concevoir les réactions des autres, associés à l'absence de participation sociale. » selon le site de UNAFAM.

2.3 L'enjeu stratégique : faire évoluer l'offre de services du SAMSAH

Au regard des spécificités et les profils³⁵ des personnes accompagnées au SAMSAH Ensemb, les conséquences sur l'accompagnement sont les suivantes :

- Des périodes de décompensation (appelées « crises ») qui peuvent amener à un besoin de repli sur soi, voire une hospitalisation durant laquelle l'accompagnement relationnel perdure mais pas l'accompagnement dans le projet de vie. Si les conséquences sont psychologiques, cognitives et sociales, la première cause de la

³⁵ Voir annexe 22 pages XV et XVI : le résumé des spécificités et profils des personnes

crise ou de la rechute est l'arrêt du traitement³⁶ ; la réelle difficulté se trouve au moment de la sortie d'hospitalisation : le SAMSAH n'étant pas contacté pour prévenir de la sortie, la personne peut se retrouver en errance plusieurs jours et être prise en charge par le SAMU social sans que le service n'ait pu intervenir ;

- Une difficulté de projection et de rapport au temps à laquelle les professionnels doivent s'adapter, et qui peut amener à prolonger l'accompagnement et à faire des démarches de prolongation auprès de la MDPH ;
- L'intervention extérieure (famille, entourage...) qui peut entraver le travail d'accompagnement par une méconnaissance et une incompréhension des missions du SAMSAH ;
- Une difficulté à synchroniser les actions avec les dispositifs dans lesquels sont insérées les personnes, mais également à synchroniser les actions en interne : la question du « qui fait quoi et comment ? » reste une réelle source de difficultés pour les équipes comme pour les personnes qui ne savent plus vers qui se tourner en cas de double compétence.

2.3.1 La nécessité de renforcer la continuité de parcours et l'inclusion sociale

A) Eviter les ruptures de parcours

Le SAMSAH est garant de la réussite du projet défini en prévenant les ruptures de soins et en (ré)inscrivant la personne accompagnée dans le droit commun via un parcours personnalisé.

L'action d'accompagnement du SAMSAH Ensemb s'appuie sur trois principes fondamentaux qui visent les notions d'autonomie et d'inclusion sociale chères aux législateurs :

- la personne accompagnée est au cœur de son projet de soins et de son projet socio-éducatif ;
- « Faire avec...mais ne pas faire à la place de » ;
- les visites se font dans le milieu ordinaire : au domicile de la personne ou à l'extérieur si l'accompagnement le nécessite.

Le parcours de vie est composé par la vie personnelle, la vie affective, familiale, amicale, la vie sociale (relation à l'autre), la vie professionnelle (études, formation, activités). L'élaboration du projet de vie peut être une occasion de s'approprier son avenir mais il faut dépasser constamment ses propres difficultés, ce qui est psychologiquement et

³⁶ Jusqu'à 60 % de risque de rechute, HES de la Source chiffres 2019 MOOC rétablissement en santé mentale

physiquement éprouvant. La notion de projet de vie amène à côtoyer la notion de citoyenneté quand il s'agit de mettre la relation humaine à la portée des personnes en situation de handicap, de contenir les angoisses et les peurs pour apprendre à être « habile en société » dans l'échange pratique et le contact avec l'autre, pour formuler ses désirs, ses attentes, et appréhender la construction de son projet personnalisé. L'élaboration du projet permet à la personne de poser le regard, de rechercher l'estime de soi, qui permet d'obtenir l'estime dans le regard des autres et de susciter l'envie d'avancer. Dans quelle mesure ces documents, remplis le plus souvent par la famille, le représentant légal ou un professionnel (comme c'est souvent le cas de la demande de notification MDPH), traduisent les véritables besoins de la personne sans en être une projection que les autres portent sur la personne ? Les outils utilisés et créés par les professionnels répondent-ils aux besoins des personnes accompagnées et respectent-ils leurs droits ?

Au SAMSAH Ensemb, il a été constaté que la non-adhésion, qui précède bien souvent à la « démobilisation » de la personne, soit en corrélation avec une rupture de soins qui va elle-même entraîner une rupture d'accompagnement. L'expression de ses attentes, le sentiment de pouvoir décider par elle-même, le développement de ses compétences sociales ... sont autant de facteurs qui vont influencer sur l'estime de soi et le pouvoir d'agir de la personne accompagnée.

Le temps de prolongation du PAI quand un avenant est demandé par la personne, est directement corrélé au jeune âge de la personne accompagnée.

B) Aider à faire émerger un projet de vie en adéquation avec les demandes

L'article D312-166 du code de l'action sociale et des familles définit les SAMSAH de la manière suivante : « les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés 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. 312-162 », soit la contribution « 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 ». Cette inclusion s'appuie sur des besoins identifiés, considérés comme « prioritaires » pour les personnes accompagnées tels que le logement, la vie sociale et familiale, la citoyenneté, l'accès aux soins... Le SAMSAH donne la possibilité à des personnes en situation de troubles psychiques graves et durables et de désinsertion sociale de participer pleinement à la société, en contribuant, en fonction de ses envies et de ses capacités, aux activités économiques, sociales, culturelles, politiques et affectives.

C) Aller vers l'autonomie et préparer la sortie du SAMSAH

Si, de manière générale pour les personnes en situation de handicap psychique, « la demande est celle d'une meilleure autonomie et d'une inclusion pleine et entière dans la cité à travers l'accès et le maintien dans un logement autonome » (site du ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées « Mieux comprendre le handicap psychique », article publié le 23 juin 2017), une transition progressive vers l'autonomie ne pourra se faire sans un accompagnement adapté et la mise en place de modalités de logement inclusif et d'accompagnement vers l'emploi en milieu ordinaire de travail, si cela est le souhait de la personne. L'accompagnement a pour objectif d'apporter une aide à la personne afin de lui permettre d'accéder à des rôles sociaux et d'occuper un espace social selon ses capacités et ses aspirations.

En quoi ce rajeunissement impacte-t-il les modalités d'accompagnement proposées par le SAMSAH Ensemb ? Les personnes accompagnées ont-elles les moyens aujourd'hui de se saisir de l'accompagnement pour réaliser leur projet de vie ?

Comment accompagner une jeune personne atteinte de troubles psychiques à être actrice de son parcours de vie malgré les « ruptures » inhérentes à sa pathologie ?

Comment favoriser sa prise de décision et son inclusion sociale quand le SAMSAH, qui n'intervient que ponctuellement et sur un temps donné, est une solution « par défaut » ?

Autant de questions qui amènent à réaliser le diagnostic interne et externe du SAMSAH Ensemb. Un modèle SWOT permettra de mieux saisir les opportunités du secteur et d'analyser les forces et faiblesses du SAMSAH Psy.

2.3.2 Le diagnostic interne du SAMSAH Ensemb

A) Le recueil de nouveaux besoins émergents au SAMSAH Ensemb

Le projet de service est en adéquation avec le texte réglementaire qui définit la population du SAMSAH et répond aux profils des personnes accompagnées au SAMSAH Psy Ensemb, et ce même s'il n'existe pas de profil-type chez les personnes atteintes de troubles psychiques.

La notion d'accompagnement valorisée dans le projet de service est celle qui mène à la prise de décision et au développement de potentialités.

Au SAMSAH Ensemb, c'est la version française de la grille CASIG qui a été retenue et qui évalue les buts, les habiletés et surtout les besoins lors de la validation du PAI qui sera réévalué au bout d'un an puis tous les six mois. Le « frein possible à la réalisation du projet de vie » le plus souvent cité en réponse à cette question ouverte est le « manque de confiance en soi ». La grille CASIG est une grille développée par une équipe d'experts américains puis canadiens en rétablissement. Elle sert à déterminer les objectifs et les buts

de la personne accompagnée mais également à déterminer si les missions du SAMSAH sont en adéquation avec ses attentes.

a) Le recueil du PAI : un intérêt pour la VRAS et la formation

Sur la cinquantaine de PAI (période 2020-2023) qui concernent les personnes accompagnées de moins de 30 ans, deux thématiques liées à une question ouverte ressortent : une demande d'accompagnement pour « avoir un(e) petit(e) ami(e) » et une demande d'accompagnement pour « reprendre la vie là où elle s'est arrêtée », à savoir reprendre le lycée, la faculté, une formation. L'accompagnement à la formation est la pierre angulaire de l'autonomie pour les jeunes personnes accompagnées par le SAMSAH Ensemb.

b) Le recueil en face à face : un besoin de développer la confiance en soi

Durant six mois, le service a réalisé un sondage auprès des jeunes adultes de moins de 30 ans. Une seule question était posée lorsque la disponibilité psychique était possible et si le contexte le permettait, au cours d'entretiens formels d'évaluation ou au cours d'échanges informels notamment durant le repas de fin d'année qui réunissait l'ensemble des personnes accompagnées. Si l'équipe n'a pas souhaité poser de question type pour ouvrir un espace de liberté de parole, ce recueil qui s'apparente à un « bilan de mi-parcours » avait pour objectif de réajuster certaines réponses à des attentes ou besoins pour lesquels l'accompagnement pouvait ne pas être à la hauteur pour les personnes. Et c'est le besoin de développer la confiance en soi qui a été presque unanimement mis en avant.

c) Le recueil du questionnaire annuel : une demande de temps collectifs

Pour évaluer l'atteinte des objectifs centrés sur la personne accompagnée, le SAMSAH a mis en place des enquêtes de satisfaction annuelles depuis 2013 mais l'exploitation des résultats n'est pas toujours pertinente. Si le taux de retour semble correct (autour de 50%), certaines questions paraissent difficiles (« auto-évaluation de son degré d'autonomie ») et ne concernent pas tout le monde puisqu'on y mélange des questions sur la fin d'accompagnement et sur la participation. L'équipe se doit de repenser ces questionnaires et d'en co-rédiger les questions avec les personnes accompagnées et les aidants.

Les personnes accompagnées se disent globalement satisfaites et seules les demandes d'activités collectives ressortent tous les ans, sans qu'une action en ce sens n'ait été effective. Pourtant, ces échanges collectifs sont essentiels pour développer les compétences psychosociales nécessaires au pouvoir d'agir de la personne dans le cadre de son projet personnalisé et pour valoriser la notion d'inclusion défendue dans les textes fondateurs du SAMSAH. L'équipe a constaté que la non-adhésion et la démobilisation de la personne peuvent entraîner une rupture de soins qui va elle-même entraîner une rupture d'accompagnement du projet de vie. Sachant que l'adhésion entraîne la mobilisation qui

entraîne la motivation, l'expression des attentes de la personne, son pouvoir d'agir et le développement de ses compétences sociales sont autant de facteurs qui vont influencer sur l'estime de soi et la confiance en soi de la personne accompagnée.

B) Les forces et faiblesses du SAMSAH Ensemb

a) Les forces

Le SAMSAH apporte une réponse territoriale aux besoins des personnes dans une logique de parcours, sur un temps donné et en apportant une réponse domiciliaire qui va dans le sens de la désinstitutionnalisation. Son premier point fort est son rôle crucial dans le tissu économique et social et son rôle indispensable en tant qu'acteur de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique et de santé mentale.

C'est un service dans lequel les différences économiques et sociales sont minimisées, gommées, et où les accompagnements ne dépendent pas des revenus ou du patrimoine de la personne. La recherche et l'innovation sociale y sont permanentes, tout comme le développement partenarial.

L'équipe pluridisciplinaire est qualifiée.

Le SAMSAH Ensemb est un service de l'EPSMR et profite à ce titre :

- De son infrastructure informatique ;
- D'une direction investissement et logistique ;
- De son expertise de l'approche psychiatrique ;
- Des compétences « dispositifs mobiles » du pôle intersectoriel
- Des journées de cohésion et de formation
- D'outils et de référentiels communs

b) Les faiblesses

La communication entre le SAMSAH Ensemb et l'EPSMR reste fragile. Les décisions stratégiques qui concernent l'EPSMR ne sont pas toujours partagées au niveau du SAMSAH. Communiquer consiste à écouter, apporter un feed-back et pas uniquement à transmettre de l'information. Alors que la majorité des structures et professionnels de l'EPSMR sont situées dans l'Ouest de l'île, le SAMSAH est situé dans le Nord. Cela ne contribue pas au sentiment d'appartenance de l'équipe et un risque d'isolement est identifié. La grille CASIG est très longue à administrer et complexe à remplir. Il faut en général deux à trois rencontres pour que la personne accompagnée termine de la remplir, souvent avec de l'aide. Finalement, assez peu de personnes la remplissent intégralement.

De plus, c'est dans la formalisation des indicateurs de suivi et des outils destinés à évaluer les compétences acquises que les données paraissent insuffisantes.

La liste d'attente ne cesse de croître tandis que la durée des accompagnements rallonge.

Les indicateurs ANAP remontés auprès de l'ARS dans le cadre des rapports d'activités ne permettent pas de valoriser la qualité de l'accompagnement pendant l'accompagnement et après la sortie du SAMSAH.

L'accompagnement des aidants est un axe qui n'est pas suffisamment prégnant au SAMSAH, au même titre que les sensibilisations auprès des acteurs de droit commun.

C) Les enjeux internes

Le bassin d'intervention du SAMSAH Ensemb sur la tranche d'âge des 20-29 ans est sensiblement représentatif de celui de l'ensemble du territoire de La Réunion. Il n'y a pas plus de "jeunes adultes" présentant des troubles psychiques dans le Nord que dans le Sud. Mon entretien avec la responsable du service évaluation territorialisée de la MDPH met en exergue le fait que cette tranche d'âge soit propice à des orientations SAMSAH afin d'être accompagnée vers le logement autonome et l'emploi. Les ressources identifiées sur ce secteur d'intervention et les conventions signées entre le SAMSAH Ensemb et ses partenaires sociaux et socio-éducatifs sont très certainement propices à un accompagnement de ces jeunes adultes pour répondre aux besoins identifiés par la CDAPH. Même si l'évolution du nombre de reconnaissances au titre du handicap est plus fulgurante chez les plus de 60 ans, il n'en demeure pas moins que la CDAPH traite de plus en plus de dossiers de jeunes adultes, déjà diagnostiqués et suivis depuis l'enfance ou pour lesquels un premier épisode de décompensation a mené à une hospitalisation.

Les principaux orienteurs sont la PMI, les CCAS, les CMPEA, la Maison des Ados.

La MDPH se base aujourd'hui sur « l'expression des difficultés et des besoins dans la demande de prise en charge et le fait que la personne en situation de handicap n'ait pas délibérément choisie l'accompagnement du SAMSAH n'a pas d'importance si dans ses besoins elle a exprimé des difficultés pour accéder à la vie sociale. » (Extrait de mon entretien avec la responsable du service évaluation territorialisée MDPH).

Le PAI pourrait être repensé en ciblant des actions plus précises et plus facilement évaluables en utilisant le modèle SMARTER : Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste et Temporellement défini, Evaluable et Réajustable. Au-delà des besoins en autonomie, il s'agit de valoriser les capacités qu'elle détient pour amener la personne vers une meilleure estime d'elle-même. Travailler sur la séparation-individualisation par rapport au foyer familial aura pour double conséquence d'éviter les conduites addictives et de préparer la sortie du logement familial vers un logement autonome même si ce n'est pas un besoin exprimé de prime abord par « manque de confiance en soi ».

Si la prise en charge en matière d'accompagnement et de soins doit mener à une coordination efficiente des acteurs nécessaires à la mise en œuvre du projet de vie, les manières d'y arriver ne sont pas calquées : chacun des SAMSAH de La Réunion se définit et fonctionne différemment des autres. L'équipe pluridisciplinaire n'est pas structurée de la

même manière et ses missions diffèrent, notamment sur la partie somatique : certains SAMSAH coordonnent les soins, d'autres les dispensent ; certains privilégient des actions individuelles, d'autres proposent également des activités collectives ; certains sont tournés vers l'accompagnement des aidants des personnes accompagnées, d'autres ne le considèrent pas être de leur ressort ; certains sont dédiés, d'autres ne le sont pas ; certains fonctionnent du lundi au dimanche, d'autres fonctionnent du lundi au vendredi...

Maintenir une relation sociale avec la personne implique de multiplier et de diversifier les modalités d'intervention susceptibles de rendre possible une rencontre et de faire émerger des demandes, en allant au-devant de ces personnes, sans pour autant que ces démarches soient vécues par elles de façon intrusive. Ce qui est efficace pour certaines situations ne sera pas adapté pour d'autres. D'une façon générale, les SAMSAH de La Réunion aspirent à mixer des interventions individuelles et des activités collectives. En effet, si l'accompagnement individuel (visite à domicile, entretien dans les locaux, accompagnement aux démarches extérieures) constitue le socle du « projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement », les rencontres entre pairs contribuent de façon essentielle au processus de rétablissement.

A ce titre, la pair-aidance et le travail réalisé avec Relayaz974³⁷ semble en être une parfaite illustration. Le SAMSAH n'est pas là pour soigner mais pour accompagner vers un pouvoir d'agir et une autonomie. L'empowerment individuel induit la connaissance et l'expertise de sa maladie et une capacité d'agir quand l'empowerment collective est la mise en commun de cette connaissance et l'interaction avec les autres personnes. Les résultats de l'étude réalisée par Madame Marie-Georges Fayn diffusée le 22 septembre 2021 lors du séminaire sur la démocratie sanitaire animé par le CREAL OI le prouvent : l'empowerment des personnes passe par les activités collectives. « Les besoins sociaux se définissent comme étant les besoins collectifs d'une population hétérogène auxquels les élus doivent apporter des réponses et des solutions concrètes. ».

2.3.3 L'analyse de l'environnement du SAMSAH Ensemb

A) Des partenariats à enrichir

L'article 21 de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale renvoie à l'article L312-7 du CASF ainsi rédigé « afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité, et de garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre des réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnées, les établissements et services mentionnés à l'article L 312-1 ou les personnes physiques ou

³⁷ L'article 51 a permis l'expérimentation de ce dispositif porté par l'APAJH en 2019 au SAMSAH, avec la présence d'un pair-aidant dans le service durant quelques semaines qui a fait une rechute et n'a pu continuer l'expérimentation. De plus, les professionnels avaient mal vécu cette intégration « imposée » d'une personne non stabilisée. La crise sanitaire a mis fin à cette expérimentation.

morales gestionnaires mentionnées à l'article L311-1 peuvent conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés»

La signature de nouvelles conventions de partenariats reste un axe très attendu pour accompagner au mieux les personnes et leur permettre d'avoir accès à une plus grande offre de prestations en lien avec leur projet mais aussi pour promouvoir les missions émanant des textes réglementaires et permettre une inclusion sociale et une déstigmatisation des personnes en situation de handicap.

Seul SAMSAH porté par un établissement sanitaire public, son positionnement questionne les acteurs du territoire. Dans quelle mesure les pratiques professionnelles et la vision déontologique du service ne sont-elles pas biaisées par une culture et des valeurs issues du sanitaire et de la psychiatrie institutionnelle ? Les valeurs de l'EPSMR et du SAMSAH sont bien évidemment communes quant à l'humanité des équipes, l'équité et le respect de la personne accompagnée ou soignée. Et c'est précisément parce que les politiques publiques sont en faveur d'un décloisonnement du sanitaire et du médico-social que le SAMSAH Ensemb puise toute sa légitimité. L'expertise par l'équipe des profils « psy » accompagnés par le SAMSAH Ensemb légitimise d'autant plus son positionnement et doit, au regard des textes qui régissent ses actions, rendre l'accompagnement d'autant plus efficient. Si le dossier unique de l'usager est bien entré dans les mœurs avec la loi de 2002, le partage des données médicales aux professionnels des autres secteurs reste un sujet vivement débattu.

B) Les opportunités et contraintes du territoire

Au plan national, la loi 3DS promulguée le 21 février 2022, faisant suite à une observation de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), a permis la mise en place de mesures de simplification pour fluidifier le parcours des personnes en situation de handicap en :

- Soutenant le développement de l'habitat inclusif pour les personnes qui en feraient le choix en sus de « l'aide à la vie partagée » déployée en 2021 ;
- Favorisant et sécurisant l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap.

Lors du séminaire en ligne proposé par la chaire de management des technologies de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) du 17 février 2023 sur les freins et leviers au déploiement de nouvelles organisations territoriales de soins, Benoit Elleboode directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, a suggéré d'aller puiser dans les valeurs communes : " Le principal levier pour mettre en place les organisations territoriales, c'est celui qui repose sur une valeur importante : la valeur du travail bien fait. Cela veut dire que tout le monde veut au plus profond de soi apporter la meilleure qualité de prise en charge ».

a) Les opportunités du territoire

Si dans la plupart des établissements et services la crise COVID a renforcé certaines faiblesses, aggravé certaines difficultés et mis en lumière des problèmes d'organisation ou de moyens, elle a constitué une véritable opportunité pour les acteurs du territoire de se réinventer, de se réorganiser, de penser mieux leur futur. Dès novembre 2020, en pleine crise sanitaire, Denis Piveteau, conseiller d'État et ancien directeur de la CNSA, a été missionné par le Premier ministre de l'époque, Jean Castex, pour rédiger un rapport sur les perspectives des métiers du secteur social et médico-social, en lien avec les aspirations des personnes accompagnées. Dans ce rapport daté du 16 février 2022, Denis Piveteau lie la valorisation des métiers de ce secteur avec la promotion de l'autodétermination. Il estime que la question du « pouvoir d'agir » des personnes accompagnées est beaucoup plus qu'un simple changement de paradigme dans les modalités de l'accompagnement social. Le développement de la télémedecine est une opportunité à saisir pour les personnes qui auraient peu recours aux soins par difficulté à s'exposer physiquement et socialement lors de moments de repli.

La « Boussole des jeunes » est un service numérique en cours de déploiement par le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, à destination des 15-30 ans, pour pallier l'important phénomène de non-recours aux droits chez les jeunes. « Ce service est celui de recenser et expliciter les services mobilisables par les jeunes à l'échelle d'un territoire bien spécifique (communautés de communes voire département) et faciliter la mise en relation avec le professionnel compétent. Ces services, nombreux et souvent méconnus, consistent par exemple à se préparer à un entretien d'embauche, obtenir son permis de conduire à moindre coût, financer sa formation, alléger son loyer, obtenir un garant, ne pas avancer des frais de santé etc. ». Si la Boussole n'est pas encore déployée sur le territoire de La Réunion, il est actuellement possible de mobiliser le dispositif « 1 jeune 1 solution » qui accompagne tous les jeunes dans leur parcours professionnel, et le programme Handijeunes du Centre d'Information et de Documentation Jeunesse (CIDJ) qui propose des actions innovantes pour l'orientation et l'insertion des jeunes adultes en situation de handicap.

La stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, dans son volet handicap psychique, vise à « instaurer dès l'annonce diagnostique un accompagnement des aidants des personnes présentant un trouble psychique grave et persistant à risque de handicap [et] leur proposer un programme de psychoéducation à court terme et les informer sur les programmes de formation organisés à leur effet dans leur région ». A ce titre, « ma boussole des aidants » est également un outil à valoriser au sein du SAMSAH.

Au plan local, les ressources sont nombreuses pour soutenir les personnes accompagnées par le SAMSAH : le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), le Pôle de Compétences et

de Prestations Externalisées (PCPE), la Communauté 360, la Plateforme d'Appui au Logement Inclusif (PALI) construit autour d'un partenariat actif entre l'EPSMR, la Société d'Economie Mixte d'Aménagement et de Construction (SEMAC) et deux associations gestionnaires locales ; le numéro de prévention suicide 3114 désormais actif les soirs et weekends ; les services d'aide à la personne et de soutien aux aidants, la plateforme d'écoute et d'information pour soutenir le maintien à domicile des personnes en situation de handicap et leurs aidants (Handi-soutien 974)...

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) TESIS mobilise ses équipes sur le terrain pour démocratiser l'utilisation de « mon espace santé ». Le plan numérique en santé qui porte les sujets du Dossier Usager Informatisé (DUI), de l'e santé, du Dossier Médical Partagé (DMP), de la plateforme OSMOSE, de la plateforme Via Trajectoire entre autres devrait aller dans le sens du décloisonnement entre les secteurs.

Le groupe d'établissements de santé privé « Les Flamboyants » vient de s'implanter dans l'Est de l'île, région géographique la moins dotée du territoire. L'établissement propose, depuis mai 2023, une unité de gestion de crise pour les jeunes de 16 à 25 ans. Cet établissement se trouve plus proche géographiquement du SAMSAH que ne l'est l'EPSMR. Le 1^{er} février 2023, la DGOS a livré les orientations 2023 du développement des compétences des hospitaliers. Dix nouveaux axes ont en commun « un objectif de décloisonnement des organisations et de promotion d'une culture métier dans laquelle les coopérations et le travail en équipe se renforcent et s'ouvrent à de nouvelles pratiques » (note d'information du 31 janvier 2023, bulletin officiel « Santé-protection sociale-solidarité »).

b) Les contraintes du territoire

L'offre en santé mentale est éclatée sur le territoire³⁸ et il existe de grandes inégalités sociales selon les territoires de santé. L'offre sanitaire repose sur quatre établissements autorisés en psychiatrie soit deux établissements de santé publics : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et l'EPSMR ; et deux établissements de santé privés à but lucratif : la clinique « Les Flamboyants Ouest » et la clinique « Les Flamboyants Sud ». L'offre médico-sociale réunionnaise adulte accuse un net retard par rapport à la métropole. La Réunion dispose de 2453 places autorisées pour adultes handicapés, réparties sur 54 structures, soit un taux d'équipement de 5,4 pour 1000 personnes handicapées de 20 à 59 ans contre 9 pour 1000 personnes handicapées en métropole.

Au plan local, les durées d'hospitalisation pour adultes souffrant de troubles psychiques sont plus courtes et les hospitalisations longues plus rares (deux fois moins que sur le plan national). La prise en charge et l'accompagnement des troubles psychiques et du handicap

³⁸ Voir annexe 23 page XVI : l'implantation territoriale de l'offre sanitaire et médico-sociale en santé mentale

psychique à La Réunion se caractérisent par un sous-recours important, dû à un déficit structurel de l'offre et des moyens. La région Nord-Est de l'île est la moins bien pourvue en offre médico-sociale. Malgré un solde migratoire positif et en augmentation tous les ans, c'est une région qui n'attire pas les professionnels du secteur. L'infrastructure routière combinée à son évolution démographique a pour conséquence un réseau routier saturé et une réputation d'« île aux embouteillages » souvent plus importants qu'en région parisienne. Cela complique les interventions à domicile et l'autonomie de déplacements des personnes accompagnées.

Le bilan de la feuille de route en santé mentale du PRS2 fait état d'un enrichissement des modalités de prise en charge psychiatrique, et d'un meilleur repérage précoce des troubles et de prévention des conduites suicidaires, mais souligne qu'une fluidification des parcours, une prévention primaire et des conditions de vie et d'inclusion sont à renforcer.

Si le Pôle Ressource ETP 974 (Education Thérapeutique du Patient) est identifié sur le territoire, le catalogue de ressources ne propose aucune formation en lien avec la santé mentale. Malgré l'existence du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) et de multiples annuaires type « Kifékoï ? » de l'EPSMR, la cartographie des partenaires n'est pas optimisée ni capitalisée sur le territoire.

En 2016, 27 % des 1465 personnes évaluées au titre d'une demande d'orientation vers un ESMS adulte concernaient des personnes dont la déficience principale relevait du psychique, soit avec 395 personnes la catégorie la plus importante.

A noter également que La Réunion compte près de 24000 bénéficiaires de la RQTH dont 16 % au titre de la déficience psychique (3840 personnes). Ils sont donc légèrement surreprésentés par rapport à leur poids dans la population MDPH adultes (11 %).

Si les conditions s'améliorent, nous assistons également à un plus grand nombre de diagnostics des troubles psychiques. Aux vues des notifications qui ne cessent de croître (1500 notifications en établissement ambulatoire par an au titre de la déficience psychique et près de 700 notifications³⁹ à destination des SAMSAH) en réponse au rapport Piveteau et à la RAPT, la problématique de la file d'attente risque de se dégrader davantage.

C) Les enjeux externes

Au cours des cinquante dernières années, La Réunion a connu une évolution sociétale proportionnellement plus rapide qu'en métropole. Comme dans tout territoire non extensible, la crise du logement⁴⁰ à La Réunion est corrélée à un manque estimé de 100000 logements et un relief géographique obligeant les constructeurs à rogner sur les terres agricoles. Pour autant, La Réunion est un laboratoire de solutions innovantes par son insularité et sa taille. L'ARS de La Réunion et le Département de La Réunion mettent des

³⁹ Voir annexe 24 page XVII : l'évolution des orientations MDPH SAMSAH-SAVS

⁴⁰ Indicateurs sociaux enquête Abbé Pierre La Réunion 2021

moyens pour développer l'offre alternative à l'hospitalisation. La Réunion est d'ailleurs le premier département de France en nombre de places agréées accueillants familiaux thérapeutiques (AFT) avec près de 1400 places. L'enjeu principal se trouvant dans la coordination des partenaires et le décloisonnement avec les autres secteurs, il s'agit de repositionner le SAMSAH dans l'offre médico-sociale, auprès des partenaires du territoire et de revaloriser l'image du service.

Conclusion de la deuxième partie

Le SAMSAH est une ressource, à un moment donné et durant un temps donné, dont la personne nécessitant un accompagnement se saisit dans une logique de parcours.

Comment créer une synergie autour de cette logique de parcours, rendre les missions du SAMSAH lisibles pour tous les acteurs du territoire et mobiliser les jeunes adultes autour d'un projet de vie choisi ?

Le SAMSAH se doit d'anticiper les nouveaux besoins liés au rajeunissement des bénéficiaires auprès desquels il intervient : la très grande majorité positionne comme besoins prioritaires dans le cadre des évaluations les besoins liés à la Vie Relationnelle Affective et Sexuelle, la formation et la recherche d'un premier emploi. Le besoin de logement autonome n'est pas, à leurs yeux, prioritaire puisqu'ils vivent encore en majorité au sein du foyer familial et s'y sentent en sécurité, comme 61 % des jeunes de moins de 30 ans qui vivent chez leurs parents à La Réunion⁴¹. Ce chiffre est à corréliser avec le marché de l'emploi. Pour illustrer ce propos, sur les huit dossiers actuellement en pré admissions, cinq ont moins de 30 ans (62,5 %), dont quatre vivant chez leurs parents avec des projets d'insertion professionnelle, de « construire un projet professionnel » ou de reprise d'études, mais aucun n'a exprimé le projet de vivre dans un logement autonome.

La personne est à la fois un bénéficiaire de prestations, un citoyen, et un acteur de son propre parcours. Il convient que la structure prenne en compte ces différentes facettes, en montrant comment la personne et son entourage sont concrètement parties prenantes au projet de service, en structurant le soin et en leur permettant d'être « dans la vraie vie », notion chère à Pascal Jacob.

En quoi le déploiement d'une offre de services en faveur du rétablissement permet-il la mise en œuvre de modalités d'accompagnement visant à éviter le recours à l'hospitalisation, à préserver et développer l'autonomie et finalement à garantir la continuité de parcours des jeunes adultes accompagnés par le SAMSAH Ensemb ?

⁴¹ INSEE, février 2022

3 La co-construction d'une offre de services en faveur du rétablissement au SAMSAH Psy Ensemb

L'étude des facteurs de rétablissement conduit à envisager plusieurs principes pouvant orienter les pratiques des professionnels du SAMSAH Ensemb, dont l'autonomie des personnes, plus que l'autodétermination, constitue le fil conducteur. Les pratiques dites de « réhabilitation psychosociale » semblent aptes à soutenir le processus de rétablissement, notamment par leur volonté et capacité à restaurer, au moins en partie, le pouvoir d'agir et de choisir de la personne souffrant de troubles psychiques. Au-delà de la création de pratiques innovantes, c'est une organisation territoriale de ces pratiques de soin qui est visée dans cadre du développement de l'offre en faveur du rétablissement au SAMSAH.

3.1 L'orientation stratégique

La mise en place d'une offre de services en faveur du rétablissement des jeunes adultes accompagnés par le SAMSAH Ensemb se veut être un levier d'inclusion pour les personnes accompagnées et leurs familles, un levier de motivation pour les professionnels du SAMSAH et des autres services de l'établissement ainsi qu'un levier d'inspiration pour les partenaires qui œuvrent dans une politique inclusive et l'enrichissement de l'offre territoriale en faveur des personnes présentant des troubles psychiques. Il m'apparaît à propos de valoriser et de capitaliser sur la culture sanitaire du rétablissement et de la distiller dans un service médico-social. Si cela fait sens avec mes convictions et mes valeurs en tant que directrice, j'ambitionne une adhésion par le sens des professionnels et des personnes accompagnées sensibilisées à cette double culture. J'accorde une attention particulière à la sémantique utilisée dans le cadre du projet. L'innovation, si elle est un atout pour le SAMSAH, doit toujours être au service de la qualité d'accompagnement des personnes et soutenir l'équipe de professionnels dans le développement de ses compétences et celles du territoire.

Il m'appartient de répondre aux valeurs de service public de subsidiarité, d'adaptabilité et de continuité d'accompagnement tout en étant attentive à ce que cette période d'instabilité n'évolue pas vers un lien de dépendance dans l'accompagnement des personnes, ce qui serait antagoniste à notre mission.

Les objectifs visés à travers cette nouvelle offre de services pour les personnes sont :

- Réduire le nombre de (ré)hospitalisations et diminuer le risque de repli social ;
- Aller vers l'expression de l'autonomie et de l'autodétermination ;
- Préparer avec la personne sa sortie d'hospitalisation et la fin de son accompagnement.

Le changement traduit la nécessité pour le SAMSAH de faire face à l'instabilité générée par l'évolution des besoins des personnes accompagnées et la transformation de l'offre du secteur médico-social en faveur des personnes en situation de handicap. La co-construction est nécessaire pour que l'adhésion de tous soit maximale et pour éviter les jeux de pouvoir rendus possibles, selon Michel Crozier, grâce à la maîtrise de l'information de certains acteurs et des règles formelles et informelles. Le « changement organisationnel » est alors un changement dans les zones d'incertitude et les relations de pouvoir.

Ayant déjà impulsé une conduite de changement auprès des managers (médecins et cadres de santé) de l'EPSMR lors du déploiement du nouveau système d'information hospitalier (SIH), le kit méthodologique de la conduite du changement et les quatre étapes de gestion de projet de l'ANAP⁴² utilisées alors m'apparaissent intéressants à reprendre, dans un esprit de capitalisation d'outils efficaces. De plus, la majorité des outils de l'ANAP sont calibrés pour le secteur sanitaire. Utiliser les mêmes outils ne pourra que contribuer à décloisonner les secteurs.

3.1.1 Conduire le changement : management et méthodologie de projet

A) Diagnostiquer les impacts et projeter des hypothèses

Le changement émanant d'écarts constatés entre l'analyse de la réalité et les intentions du projet, l'enthousiasme ne doit pas laisser place à l'utopie. Les données du réel seront toujours à prendre en compte pour conduire le changement dans le cadre du projet. En tant que directrice, je suis attentive à cette identification⁴³ indispensable pour permettre de définir les objectifs stratégiques et le plan d'action qui découlera du choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre aux besoins des personnes accompagnées.

Afin d'évaluer l'intensité du changement sur les équipes et les personnes accompagnées, le pré-diagnostic⁴⁴ réalisé révèle que le projet pourrait avoir un fort impact technique avec une modification substantielle des outils ainsi qu'une très forte répercussion en besoins humains et de formation. Ce pré-diagnostic servira de dialogue dans les différentes étapes du projet. L'incidence sera forte à modérée sur les personnes accompagnées et très forte sur les professionnels.

La méthodologie de projet retenue tient compte de l'ensemble des éléments de la dimension humaine (culture, logiques, valeurs, résistances...). Accompagner le changement tel qu'il se dessine, c'est faire le pari de la participation, de la communication,

⁴² Voir annexe 25 page XVII : les 4 étapes de gestion de projet de l'ANAP

⁴³ Voir annexe 26 page XVIII : les 4 hypothèses de changement et leurs scénarios

⁴⁴ Voir annexe 27 page XVIII : la grille de pré diagnostic du changement de l'ANAP

de la formation dans le but que chacun, personnes accompagnées comme professionnels, puisse donner du sens à ce changement.

De type « adaptatif » car brutal en termes de temporalité bien que volontaire, ce changement est une opportunité pour tous de s'approprier la transformation des pratiques et de l'organisation et de ne pas la subir. La stratégie qui en découle est une stratégie de réinvention qui ne vise pas à faire mieux mais à faire autre chose, autrement. Dans ce type de circonstance, le management participatif est le plus adapté pour mobiliser les professionnels et les personnes accompagnées et leurs aidants, avec des temps de travail dédiés, la mise en place de groupes de travail, de comptes rendus, de tableaux de bords de suivis... Les professionnels ont été formés à utiliser et s'approprier les outils.

La démarche projet a été formalisée ainsi avec les professionnels et les personnes accompagnées :

- Création de l'équipe projet et des instances ouvertes sur l'extérieur ;
- Définition des étapes du projet ;
- Validation des indicateurs d'évaluation au regard de la nouvelle certification HAS⁴⁵.

Les récriminations peuvent être multiples⁴⁶ du côté des professionnels, parmi lesquelles : conflits de travail, dégradation des relations car le rapport au travail évolue, blocage partiel de l'information, refus de formation, absentéisme, turn-over, accidents de travail, développement de rumeurs, manifestations collectives...

La stratégie de changement est « portée politiquement ». La direction générale de l'EPSMR et moi-même sommes vigilants à incarner la nécessité de changer et le sens du changement voulu, tout en accueillant les ressentis et la vérité des professionnels.

La conduite du changement repose sur des efforts importants de dialogue et de communication à tous les niveaux de l'organisation et tout au long du processus de changement, à savoir :

- ➔ Engager la discussion sur le changement et les ruptures ;
- ➔ Expliciter les contraintes et les freins ;
- ➔ Mettre en évidence les gains potentiels individuels ;
- ➔ Dédramatiser le changement en objectivant les « pertes » supposées ou réelles ;
- ➔ Adapter la démarche aux différents acteurs et à leur position (professionnels, personnes accompagnées, familles, collaborateurs de l'EPSMR, partenaires actuels et potentiels...).

⁴⁵ Voir annexe 28 page XIX : l'architecture de l'évaluation TDB ESMS ANAP

⁴⁶ Voir annexe 29 page XIX : les principales causes de résistance et ses 3 sources

Plusieurs impacts majeurs ont été évalués :

- Impacts psychologiques liés à l'instabilité qui peut être ressentie par les personnes accompagnées (Vont-ils changer d'accompagnants ? Le service risque-t-il de déménager ? Les horaires vont-ils changer ?)
- Impacts psychologiques liés à l'instabilité qui peut être ressentie par les professionnels (Sont-ils valorisés ? Vont-ils changer de fonction ? Vont-ils avoir les mêmes conditions de travail ?)
- Impacts financiers liés au budget à investir pour transformer l'offre de services et investir dans des outils innovants
- Impacts sur les systèmes d'information pour l'utilisation de la messagerie de santé sécurisée et l'échange de documents entre le sanitaire et le médico-social dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)
- Impacts sur la logistique (le nombre de véhicules suffira-t-il à absorber les nouvelles activités, l'accompagnement des aidants, le développement partenarial... ?)

Mon expérience en développement de projets me permet d'admettre que peu de gens sont clairement pour ou contre un projet, la plupart étant à la fois « pour » et « contre ». Afin de mesurer de manière objective l'engagement de chacun vis-à-vis du projet, une carte des partenaires⁴⁷ permettra d'évaluer, pour chacun des acteurs concernés, l'équilibre entre ce « pour - synergie » et ce « contre - antagonisme ». En tenant compte qu'un projet échoue non pas du fait de l'opposition mais faute d'alliés⁴⁸, c'est l'identification de cette catégorie qui sera priorisée.

B) Incarner le leader empathique sur la base des travaux de Will Schutz

Publié en 1994, l'ouvrage de Will Schutz « L'Élément Humain : Estime de soi, productivité et résultat d'exploitation » décrit les liens qui existent entre l'estime de soi, la confiance des salariés dans l'entreprise et la productivité de l'entreprise. Sa thèse centrale est que le niveau d'ouverture, d'humanité et de confiance entre les individus conditionne autant la santé mentale et physique des salariés, que le niveau de productivité de l'entreprise.

Deux concepts, issus de la psychologie humaniste, sont à l'origine de l'approche de Will Schutz :

➔ Les besoins interpersonnels

Ces trois besoins selon Will Schutz sont :

- ⇒ L'inclusion dans des groupes humains,
- ⇒ Le contrôle du cours de sa vie,

⁴⁷ Voir annexe 30 page XIX : la cartographie des partenaires de l'ANAP

⁴⁸ Voir annexe 31 page XX : la stratégie des alliés de l'ANAP

⇒ Le besoin d'affection.

La satisfaction ou non satisfaction de ces besoins permettent d'expliquer et de prédire la manière d'agir, de ressentir et de penser d'un individu en relation à soi ou aux autres. Pour mesurer les préférences de chaque individu par rapport à ces besoins, et prédire leurs réactions dans ces trois domaines, Will Schutz a élaboré un test, le FIRO-B (Fundamental Interpersonal Relations Orientation-Behaviour) ou Orientation Fondamentale des Relations Interpersonnelles Niveau comportements. Ce test permet d'inscrire les concepts de Will Schutz dans une méthode d'apprentissage très concrète et pratique⁴⁹.

→ L'estime de soi

L'estime de soi est déterminée en grande partie par l'écart qui existe entre une identité présente (« la personne que je suis ») et une identité désirée (« la personne que je souhaite être »). A la base de l'estime de soi, il y a l'appréciation de sa propre valeur et la reconnaissance lucide (avec les qualités et défauts) que nous sommes quelqu'un d'important, de capable et d'aimable. Une faible estime de soi conduit à grossir ses faiblesses, minimiser ses qualités, à un manque de confiance pour prendre des risques, et au développement de mécanismes de défense.

Si ces travaux sont davantage orientés dans le cadre d'accompagnements managériaux, c'est une posture à transposer pour recueillir les besoins, les attentes et accueillir les ressentis des personnes accompagnées par le SAMSAH.

C) Accompagner le changement organisationnel et culturel

Selon la définition de Mintzberg, le SAMSAH Ensemb est une organisation gérée par et pour des Hommes, grâce à des process qui permettent de diviser, répartir et coordonner les tâches. Cette organisation a sa propre culture. Cette culture, insufflée et incarnée notamment par la direction, qui se fonde sur des composantes interdépendantes : les valeurs, l'histoire, les règles de fonctionnement et les objectifs. La culture du SAMSAH Ensemb telle qu'elle existe aujourd'hui est donc liée aux valeurs, à l'histoire, aux circuits décisionnels de l'EPSMR.

En tant que directrice, mon rôle est de tenir le cap, d'incarner le cadre et la stabilité. Les personnes accompagnées doivent pouvoir se sentir en sécurité durant cette période de changement. Les professionnels doivent pouvoir se sentir en confiance. Si je ne peux qu'être inflexible quant aux questions liées au droit des personnes accompagnées, il me faut les rassurer quant à ma présence et mon soutien dans toutes les étapes émotionnelles liées au changement qui s'identifie à la courbe du deuil⁵⁰ définie par Elisabeth Kubler Ross,

⁴⁹ Voir annexe 32 page XX : la théorie FIRO de Will Schutz

⁵⁰ Voir annexe 33 page XX : les étapes du cycle du changement issue de la courbe du deuil d'Elisabeth Kubler Ross

tout en leur donnant les moyens de « bien faire leur travail » (Article Hospimédia du 20 février 2023 « La valeur du travail bien fait est un levier majeur d'organisation territoriale des soins »). C'est, pour moi, une posture « juste ». L'organisation doit être pensée avec l'équipe, par l'équipe et pour l'équipe sans oublier les personnes accompagnées.

➔ **L'innovation managériale au service de l'innovation sociale**

Innover c'est permettre à tous les acteurs de participer à la création de solutions inédites. Mon objectif est de créer de l'engagement autour du processus d'innovation.

Je priorise deux mécanismes pour permettre au SAMSAH Ensemb d'innover :

- ❖ L'intelligence collective c'est-à-dire la valorisation des capacités cognitives des professionnels qui résultent des interactions et des outils de collaboration mis en place ;
- ❖ L'idéation c'est-à-dire « le chemin » tant psychologique qu'organisationnel, pris grâce aux idées nouvelles : comment les professionnels peuvent-ils soumettre leurs propositions ? Qui recueille ces propositions et comment sont-elles intégrées à la stratégie ?

Si la collaboration s'appuie sur la réussite de l'acculturation, c'est parce que les professionnels ont acquis de nouvelles connaissances, qu'ils comprennent de nouveaux termes, qu'ils s'intéressent à de nouveaux domaines et qu'ils sont capables d'adopter de nouveaux outils favorisant le partage au sein de leur environnement professionnel. Je suis particulièrement vigilante au RGPD et aux partages de données sécurisées.

Quatre critères sont retenus pour définir l'innovation sociale dans le cadre du projet :

- Une réponse nouvelle à une problématique sociale ;
- Une expérimentation ou une prise de risque ;
- Le fruit d'une construction collective et d'une démarche participative ;
- Une réponse qui génère d'autres effets positifs (notamment sur la motivation des professionnels, le décroisement des secteurs, la prise en compte des familles).

Il me semble indispensable à la qualité de l'accompagnement de mettre en place un accompagnement individualisé et ayant pour objectifs :

- Un accompagnement pour que la personne apprenne à reconnaître les signes annonciateurs d'une crise, les situations pouvant amener à une décompensation et surtout ses ressources pour y faire face ;
- Un accompagnement systématique en sortie d'hospitalisation, ce qui implique que l'équipe soit au fait de cette sortie pour préparer « l'après » avec la personne accompagnée ;
- Un accompagnement pour préparer la sortie du SAMSAH axé sur l'estime de soi.

3.1.2 Faire émerger une culture du rétablissement

A) Les outils et ressources innovants du rétablissement

A l'instar des recommandations de l'HAS qui identifient les pratiques professionnelles concourant à la reconnaissance et la valorisation des potentialités des personnes et de leur citoyenneté, de nouveaux outils d'accompagnement et d'évaluation des besoins permettent de répondre aux objectifs de rétablissement dans le cadre de la transformation de l'offre et du projet SERAFIN PH. Je préconise de nous procurer des outils ludiques et adaptés au rétablissement en général et à la réhabilitation psychosociale en particulier.

De nombreux leviers d'action et ressources innovantes orientées personnes et aidants ont été identifiés sur le plan national⁵¹. En m'inspirant du Bureau des Possibles⁵² (Messidor / CNSA) et de son application mobile « Very Appli »⁵³, j'ambitionne de faire créer une application mobile, sous forme "d'outil compagnon", pour permettre aux personnes de mieux s'approprier leurs parcours de transition vers l'emploi, de bénéficier d'un accompagnement mieux ciblé, et de renforcer leur autonomie et leur pouvoir d'agir via le suivi et la réalisation d'objectifs. Il s'agira pour les personnes accompagnées et les professionnels de choisir ensemble le nom de l'application, dans le cadre d'un jeu concours organisé en interne par exemple ou dans le cadre d'un vote pensé à la manière d'une élection pour développer la citoyenneté. Nous avons au préalable vérifié que toutes les personnes accompagnées bénéficient d'un téléphone mobile et d'un accès à un réseau internet rendant l'utilisation de l'application optimale.

Le coût de cet outil est approximativement de 5000 € TTC.

Son application nécessite de mobiliser des ressources en formation pour les professionnels comme pour les personnes accompagnées.

Trois autres outils d'évaluation et programmes d'accompagnement sont à envisager dès que possible. L'identification de ces outils destinés à soutenir la culture du rétablissement, provient d'ateliers auxquels ont participé l'équipe du SAMSAH et d'autres équipes de l'EPSMR. Cette participation active permet une appropriation par l'équipe des outils mais aussi une meilleure interaction avec les autres professionnels de l'EPSMR et un intérêt décuplé pour le service.

a) L'outil d'évaluation des besoins ELADEB

Dans le cadre de l'admission et de la constitution du dossier administratif, une réunion SAMSAH-personne à accompagner est mise en place. A travers cet accueil spécifique, il est question du recueil des besoins de la personne dans les domaines suivants :

⁵¹ Voir annexe 34 page XXI : les leviers d'action, ressources innovantes et benchmarking aidants

⁵² « L'innovation numérique au service d'un monde plus humain, plus créatif, généreux et inclusif »

⁵³ Développée par Simplon, grâce au soutien du programme Digit'ESS d'AG2R La Mondiale

- Démarches de soins et retentissements de la maladie ;
- Interaction sociale ;
- Habiletés sociales ;
- Mobilité ;
- Inclusion logement ;
- Insertion professionnelle ;
- Gestion de la quotidienneté ;
- Activités socioculturelles.

Ce recueil permet d'analyser les modes d'accompagnement à mettre en place afin de proposer une méthodologie d'intervention pertinente. La conclusion de cet échange amène au consentement éclairé de la personne sur son entrée ou non dans le service.

L'Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (ELADEB)⁵⁴ est une échelle de mesure subjective des difficultés psychosociales et du besoin d'aide de la personne évaluée. Sur la base d'une activité de tri de cartes effectuée par la personne évaluée, il est rapidement possible de dresser son profil de difficultés psychosociales, et de mettre en évidence les domaines parmi les 18 évalués dans lesquels elle estime avoir besoin d'une aide supplémentaire par rapport à celle qui existe peut-être déjà.

Les éléments recueillis dans l'ELADEB serviront à compléter le renseignement de la nomenclature des besoins de SERAFIN-PH et participeront à la co-écriture du PAI. L'outil ELADEB est fabriqué et distribué par les Ateliers de réhabilitation.

Le coût de cet outil est approximativement de 80 € TTC.

Son application ne nécessite pas de mobiliser des ressources en formation.

b) L'outil d'évaluation des objectifs CASIG-rev

La grille CASIG (Client Assessment of Strengths, Interests, and Goals) déjà utilisée par le service est en cours de révision notamment dans sa version française (CASIG-rev). Elle mesure les forces, intérêts et objectifs à courts et moyens termes de la personne mais est souvent à tort utilisée pour mesurer, plus que les habiletés, les difficultés des personnes. La CASIG-rev est développée pour aider les équipes à mieux cerner les buts des personnes suivies, pour offrir et/ou les orienter vers les services appropriés. Un appel à participation dans le cadre du projet de validation de la nouvelle version francophone du questionnaire est en cours. La version actuelle étant jugée trop longue et difficile à remplir en une seule fois par l'équipe, j'encourage les professionnels à s'inscrire dans cette démarche et à participer à l'élaboration d'une version synthétique de la grille.

Le coût de cet outil est à déterminer d'après le temps de mobilisation des professionnels.

Son application ne nécessite pas de mobiliser des ressources en formation.

⁵⁴ Voir annexe 35 page XXI : l'outil ELADEB

B) La psychoéducation, l'éducation thérapeutique et la pair-aidance familiale

Un travail spécifique sera mis en place avec les aidants pour permettre de sécuriser la personne par rapport à ses fragilités et ses angoisses. L'autonomisation passera donc par une intervention avec la famille, en fonction de l'accord et des besoins de la personne.

Une collaboration efficiente sera donc proposée avec plusieurs actions :

- Actions collectives et individuelles ;
- Inscription du soutien dans le PAI ;
- Mobilisation du réseau familial et médiation familiale ;
- Orientation des aidants vers la plateforme Répît-repos de l'IRSAM et de l'AFL ;
- Conventionnement avec les partenaires et l'UNAFAM ;
- Programme de pair-aidance familiale et psychoéducation.

Selon l'HAS, l'éducation thérapeutique vise à aider les personnes à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Des programmes dits d'éducation thérapeutique du patient (ETP), définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ont fait en France l'objet de recommandations méthodologiques de la HAS et bénéficient depuis 2009 d'un cadre réglementaire.

L'ETP et la psychoéducation, issus du secteur sanitaire puisque s'adressant au départ à des « patients », ont leur place dans les services du secteur médico-social.

Le programme « ProFamille », jugé trop long et complexe par les familles, est remplacé par le programme BREF⁵⁵. Ces programmes sont gratuits. Leur animation nécessite de mobiliser un(e) psychiatre, un(e) psychologue ou un(e) infirmier(e), la troisième séance du programme BREF se faisant en coanimation avec un bénévole animateur de l'UNAFAM ou un pair aidant.

En marge de la pair-aidance déjà éprouvée par le service par le biais du dispositif Relayaz974, la pair-aidance familiale est l'axe le plus pertinent pour le SAMSAH Ensemb au regard du profil des personnes accompagnées et des difficultés rencontrées par les professionnels. Plus que de professionnaliser, il s'agit de co-construire aussi avec les familles et de les faire adhérer aux concepts d'autonomie, d'inclusion, de rétablissement et de réhabilitation. Ainsi formés et soutenus par des proches qui comprennent davantage comment aider, les accompagnements vers la psychoéducation et l'ETP ont toutes les chances de trouver un écho positif.

Le docteur Alain Cantero⁵⁶ est le premier (et pour le moment le seul en France) à avoir mis en place un poste de Pair Aidant Famille⁵⁷ pour accompagner les aidants de patients suivis

⁵⁵ Voir annexe 36 page XXII : l'affiche du programme BREF centre hospitalier Le Vinatier de Lyon

⁵⁶ Psychiatre et chef de pôle du secteur 94G16 (hôpitaux de St-Maurice, CMP d'Alfortville et CMP de Charenton...)

⁵⁷ Voir annexe 37 page XXII : le Pair-Aidant Famille professionnel du CEAPSY

au sein du pôle en 2020. « Les accompagnateurs sont des professionnels, eux-mêmes parents d'un proche souffrant de troubles psychiques et qui emploient leurs savoirs expérientiels pour accompagner leurs pairs en individuel. En cela, cette démarche s'inscrit en complémentarité avec des dispositifs collectifs existants au sein du pôle comme la thérapie familiale ou le « Groupe familles » (Centre de Ressources troubles psychiques Ile de France mars 2022).

Ma conviction profonde est que la famille est une des clés du rétablissement pour les jeunes personnes accompagnées, même si le processus peut sembler long. Comme pour les personnes accompagnées, la famille a le choix de se saisir des outils à condition d'avoir envie de changer pour s'adapter à sa nouvelle réalité. La famille doit devenir un partenaire pour les professionnels du SAMSAH et inversement. Si les familles se sentent considérées à leur tour, elles auront-elles aussi plus confiance en elles. C'est cet équilibre qui favorise la notion d'alliance thérapeutique.

Ce concept est relativement innovant mais ce qui l'est plus encore, c'est la création du métier d'accompagnateur/trice pair-aidant familial pour guider les familles qui souhaitent se lancer dans la pair-aidance familiale. La mise en place d'ateliers de remédiation cognitive et de l'outil GAIA⁵⁸ seront, en plus de la mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique et du programme de psychoéducation, les leviers de l'évolution vers l'autonomie.

C) La participation et le respect des droits des personnes accompagnées

Travailler à la conception des réunions et des instances pour les rendre plus participatives et inclusives, contribue à rendre accessibles les enjeux, la vision et les objectifs du service. La participation aux instances, plus qu'une obligation légale, crée un sentiment d'utilité, de citoyenneté, de reconnaissance et d'appartenance pour les personnes accompagnées. Ce sentiment d'appartenance est partagé avec les professionnels du SAMSAH : la participation des personnes permet principalement d'améliorer l'accompagnement et la connaissance des demandes des personnes, au-delà de leurs besoins.

« Tout ce qui est fait pour moi, sans moi, est fait contre moi », disaient. Gandhi et Nelson Mandela.

Guidée par cet adage, quatre axes sont privilégiés au SAMSAH Ensemb :

- La réactivation du CVS élargi depuis le 1^{er} janvier 2023 (décret n°2022-688) ;
- La corédaction des enquêtes de satisfaction ;
- La participation à la rédaction des documents obligatoires depuis la loi 2002-2 ;
- La prise en compte du collectif et de la place de la famille.

⁵⁸ Voir annexe 38 page XXIII : la remédiation cognitive avec l'outil GAIA

Le SAMSAH valorise le droit des personnes accompagnées. Les outils de la loi 2002-2 sont donc mis en œuvre en favorisant la participation de la personne avec, en plus de la plaquette de présentation, du règlement de fonctionnement, de la charte des droits et libertés, du dossier informatisé et du livret d'accueil, un questionnaire de satisfaction sur les modalités d'entrées ; et la charte d'éthique et de bientraitance.

Parallèlement à ces outils, un axe particulier est mis en avant afin d'offrir un espace de parole et d'implication de la personne accompagnée. La mise à disposition d'espaces dédiés, au sein du SAMSAH ou sous convention avec un partenaire, est proposée avec par exemple un espace ressource, une mise à disposition d'outils informatiques ou un lieu de détente et d'échange.

Une fois par trimestre, une réunion d'échange sera mise en place afin de recueillir les attentes des personnes dans le cadre du service et des propositions d'activités collectives ou de mises en lien à faire avec les partenaires. Cette commission aura aussi pour mission de veiller au respect des droits des personnes et à la qualité de l'accompagnement. Un recueil des démarches mais aussi des réclamations sera donc mis en place afin d'alerter sur les dysfonctionnements et/ou de proposer une organisation efficiente et mettant en avant le bien-être des personnes accompagnées.

Conformément à la l'article L1111-6 du Code de la Santé Publique, il convient de rappeler que « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui est consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. ». La lettre rédigée par cette personne est annexée au Document Individuel de Prise en Charge (DIPC).

De ce fait, le SAMSAH Ensemb travaille sur ce cadre réglementaire et favorise, en fonction de l'accord de la personne, la désignation de cette personne de confiance qui pourra être présente aux instances et l'accompagnera à la prise de décisions.

3.1.3 Accompagner la réorganisation du service

A) Faire évoluer le cadre des accompagnements

Les besoins de sécurisation des personnes accompagnées ne s'arrêtent pas le vendredi à 16h même si le choix a été fait au moment de la création du service de fixer des horaires d'intervention du lundi au vendredi, de 8h à 16h. Ce choix était dicté alors par l'idée d'être sur des horaires d'entreprise que les personnes accompagnées peuvent retrouver sur le marché du travail. Pour autant, il apparaît intéressant de questionner ce créneau. Est-ce pertinent dans le cadre de l'autonomisation ? Est-ce suffisant à toutes les étapes de

l'accompagnement ? Est-ce cohérent avec notre mission de garantir la continuité de parcours ? Par quoi a été guidé le choix de ne pas mettre en place d'astreinte jusqu'alors ? Les personnes accompagnées seront évidemment les premières à questionner pour maintenir ou non ces horaires d'ouverture. Les professionnels devront également adhérer à cette démarche de consultation qui risque de remettre en question leurs horaires et plannings de travail.

Il me paraît indispensable que le SAMSAH puisse être joignable le soir, le week-end et durant la fermeture annuelle de fin d'année, notamment en cas d'hospitalisation. Ces trois périodes sont les plus critiques car c'est au cours de ces moments-là que la solitude pèse le plus et que des crises ont le plus de probabilité de survenir. Je tiens à recueillir l'avis de l'équipe et des personnes accompagnées sur la pertinence d'une astreinte téléphonique 24/7. Au-delà de l'organisation du service, l'impact sur la logistique et le système d'information ne sera pas négligeable. Il est pertinent d'envisager relier la future ligne d'astreinte à une ligne téléphonique existante comme celle de l'UNAFAM par exemple.

De plus, il est nécessaire de revoir l'intégralité des fiches de mission, du projet de service, du livret d'accueil et de tous les outils de la loi 2002-2 concernés et d'y intégrer le concept de rétablissement comme objectif de l'accompagnement.

B) Projeter un organigramme plus axé parcours de soins et thérapeutique

Si l'organigramme actuel est calqué sur le secteur médico-social, une vision plus « sanitaire » de l'organigramme est repensée avec l'intégration dans l'équipe d'un(e) coordinateur/trice de soins⁵⁹ ou « case manager ».

Le futur centre de recherche et de ressources du territoire piloté par l'EPSMR devrait proposer une formation de « case management ». Ce nouveau métier pourrait également, selon la complexité des parcours, s'intégrer dans l'organigramme du SAMSAH.

Le temps psychologue passera de 0,2 à 0,8 ETP. Une présence ponctuelle mais régulière sur le service selon les besoins d'un ergothérapeute est projetée à hauteur de 0,20 ETP.

L'accueil de professionnels stagiaires plus régulier, notamment de direction, permet de questionner les pratiques professionnelles. Nous avons travaillé avec le chef de service et l'ensemble de l'équipe, à un process d'accueil pour les stagiaires et les nouveaux arrivants. De plus, l'inscription dans l'équipe des pairs-aidants apparaîtra sur l'organigramme.

Des entretiens de positionnement sont nécessaires pour recueillir les ressentis des professionnels au regard des changements à venir. Des entretiens coanimés avec le chef de service permettront de connaître les sentiments, ressentis et volontés des professionnels. Se sentent-ils suffisamment informés par les étapes du projet ? Se sentent-ils suffisamment légitimes pour intégrer ce paradigme d'un processus pensé « sanitaire » dans leur quotidien de travailleurs sociaux ?

⁵⁹ Voir annexe 39 page XXIII : les missions du coordinateur de soins

Chaque personne accompagnée aura un référent de parcours dans l'équipe SAMSAH afin d'avoir un interlocuteur privilégié. Il sera l'interface avec la personne et son environnement direct et indirect. En se basant sur le PAI, le référent assurera la continuité et la cohérence du parcours et sera le relais avec les institutions.

Plusieurs entretiens seront nécessaires pour accompagner ce qui s'apparente à une forte instabilité pour certain(e)s, vers une formation qualifiante, un parcours de formation, un bilan de compétences, voire une demande de mouvement interne.

Il m'importe d'accompagner chaque professionnel individuellement dans la temporalité de son acceptation au changement, de son besoin d'écoute et de reconnaissance de ses émotions.

C) Préparer les phases de transition, génératrices d'instabilité pour les personnes

Je fais le choix de mettre en place une politique de prévention des rechutes à l'image d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) dont les indicateurs seront coconstruits avec l'équipe et les personnes accompagnées.

a) L'accueil et la prévention de la crise

La Commission d'admission se réunit trois fois par an. En fonction des places vacantes et de la liste d'attente, cette commission a pour mission de valider les orientations et de prioriser les demandes dites spécifiques. Les membres de la commission sont les suivants :

- L'équipe de professionnels du SAMSAH Ensemb représentée par le chef de service ;
- La cadre du pôle intersectoriel de l'EPSMR ;
- Le chef du pôle intersectoriel de l'EPSMR ;
- Un représentant de l'ARS Réunion ;
- Un représentant du Conseil départemental ;
- Un représentant des personnes accompagnées ;
- Un représentant de la MDPH.

En raison du nombre de demandes au regard des places disponibles ou vacantes, certains critères de priorisation seront mis en place :

- ➔ Le risque de rupture sociale et sanitaire ;
- ➔ Une insertion sociale demandant un appui urgent (entrée en logement, insertion professionnelle).

La phase d'accueil est un moment charnière et nécessite un travail et une attention particulière. C'est à ce moment qu'émergent les premiers doutes, les premiers espoirs aussi après une si longue attente. Les entretiens d'admission sont cruciaux pour la suite de l'accompagnement. Il est indispensable de donner les objectifs du SAMSAH et de parler d'ores et déjà de la sortie et de tout ce qui sera mis en place d'ici là pour réaliser le projet de vie quand il y en a ou tout simplement présenter les outils en faveur du rétablissement.

Les personnes ont besoin d'être rassurées et de comprendre vers où le SAMSAH peut les aider à aller : vers soi pour mieux aller vers les autres.

Les outils de la réhabilitation pour prévenir une rechute sont :

- L'évaluation avec l'ELADEB ;
- L'éducation thérapeutique ;
- La psychoéducation pour accompagner les familles à comprendre la maladie et les signes annonciateurs d'une crise ;
- La mise en place d'ateliers de confiance en soi individuels et collectifs... ;
- La mise en place d'un plan de crise conjoint⁶⁰ ;
- L'identification de la personne de confiance et la connaissance des directives anticipées. Les informations liées aux directives anticipées apparaissent dans le DIPC et sont intégrées au dossier médical de la personne sous pli cacheté, conformément à la loi.

b) La gestion de la crise

La période de crise engendre une phase de repli social. C'est à ce moment que l'accompagnement des aidants, des familles, est le plus prégnant pour comprendre qu'il s'agit d'une phase « normale » et que cela n'a rien à voir avec un manque de volonté.

Si la crise est assortie d'une simple phase de repli pour la personne, les professionnels doivent le respecter et lui faire savoir que nous restons disponibles pour elle.

Si la crise nécessite une hospitalisation, le mieux est de permettre à la personne de rester sur son territoire pour que sa famille, ses amis puissent lui rendre visite, et ce uniquement si elle le souhaite.

Une convention avec une équipe HAD quand l'hospitalisation à domicile est possible mais également avec le groupe privé « Les Flamboyants » qui vient d'implanter sur le territoire Est des lits de gestion de crise pour les 16-25 ans, est en cours d'élaboration. Compte tenu des problématiques d'embouteillages, la solution d'être hospitalisée dans l'Est est plus intéressante pour la personne et ses proches que d'être hospitalisée dans l'Ouest, implantation actuelle des structures d'hospitalisation de l'EPSMR.

Une fiche de liaison entre le SAMSAH et le service d'hospitalisation est à créer, en marge du DMP et des directives anticipées.

c) La sortie d'hospitalisation et du SAMSAH

A la sortie de l'hospitalisation ou de la phase de repli social, le rôle du SAMSAH est de permettre aux personnes de capitaliser sur ce qui vient de se passer. Les outils de la réhabilitation psychosociale là encore prouvent leur efficacité et en particulier le guide

⁶⁰ Voir annexe 40 page XXIV : le plan de crise conjoint de psy addicto

ReVim⁶¹ pour « reprendre sa vie en main ». Ce guide est une adaptation du guide « Taking Back Control » d'origine britannique.

Il a été traduit et adapté dans le cadre d'un projet partenarial entre pairs praticiens en santé mentale (association Re-pairs), l'Association romande Pro Mente Sana, l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source de Lausanne et la section de psychiatrie sociale du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois.

Composé d'un manuel, d'un plan de rétablissement et d'un plan de gestion de crise, ce kit est un outil d'autogestion que peuvent utiliser les personnes atteintes dans leur santé psychique ou ayant fait l'expérience de crises dès lors qu'elles souhaitent reconstruire des bases solides et les entretenir.

Je me suis rapprochée de partenaires locaux pour faire traduire ce guide en créole réunionnais et en facile à lire et à comprendre (FALC) aux vues du taux d'illettrisme de notre département. Ce guide reste un repère pour accompagner la confiance en soi, nécessaire pour appréhender plus sereinement la sortie du SAMSAH. Cette phase est cruciale en termes d'accompagnement et nous nous engageons à garder un lien avec les personnes pendant deux à trois mois après leur sortie pour s'assurer de la continuité de leurs parcours.

La sortie du dispositif est modalisée par une réunion de coordination partenariale en présence de :

- La personne accompagnée, son aidant et/ou référent (ex : mandataire judiciaire) ;
- L'équipe des professionnels du SAMSAH Ensemb ;
- Les partenaires identifiés sur le territoire.

La temporalité d'accompagnement étant fixée dans le cadre du PAI, le process de sortie est donc travaillé avec la personne en fonction de ses temporalités et besoins. Cette décision de sortie est étayée/adossée/soutenue par la mise en place du réseau communautaire permettant une inclusion sociale adaptée. La sortie est donc envisagée quand :

- Les objectifs du PAI sont expérimentés, réalisés ou abandonnés
- La mise en place des relais répond aux besoins et attentes de la personne

Un tuilage est donc mis en place afin de fixer les relais et de mobiliser la participation sociale de la personne. Cette période dure entre deux et trois mois et permet un réajustement de la coordination partenariale.

⁶¹ Voir annexe 41 page XXV : les 3 plans du guide ReVim

Le rôle du SAMSAH est de mobiliser un réseau de proximité afin de « passer le relais ». Les familles et les professionnels doivent se montrer attentifs quant à l'arrêt du traitement, en étant particulièrement vigilants aux signes d'alerte. D'autant plus que les ruptures à l'âge adulte peuvent être brutales et dévastatrices.

Sans se substituer aux autres acteurs du territoire, le rôle du SAMSAH est de coordonner davantage le parcours de la personne accompagnée et de développer principalement des partenariats forts⁶² avec les acteurs de l'addiction, de la sexualité, du logement, de la formation et de l'emploi, « le stage [étant] le pivot de l'insertion des jeunes par la formation et le travail » (plan « 1 jeune, 1 solution »).

La coordination de parcours est au cœur des objectifs du SAMSAH Ensemb. Pour ce faire, l'équipe de professionnels met en place un travail de coopération avec les partenaires mais aussi les aidants familiaux, à savoir :

- Rencontres avec les partenaires (en présence, ou non, de la personne accompagnée, selon les besoins), dans nos locaux, ceux des partenaires ou au domicile de la personne ;
- Réunions de synthèse en équipe pluridisciplinaire ;
- Plateforme collaborative, outils communs et dédiés respectant le Règlement Général sur la Protection des Données (Messagerie Sécurisée en Santé) ;
- Conventions de partenariat ;
- Création d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (CGSMS).

3.2 Le plan d'action

Les outils développés par l'ANAP sont ceux qui ont guidé mon engagement dans l'action, dans le respect des règles déontologiques et éthiques.

3.2.1 Le lancement du projet

A) Le cadrage du projet

- Durée envisagée : 8 mois
- Date de début du projet : 03.04.2023
- Date de fin du projet : 30.11.2023
- Commanditaire : Directrice adjointe stratégie et projets de l'EPSMR
- Equipe projet ou comité de pilotage :
 - Equipe de professionnels du SAMSAH Ensemb ;
 - Des professionnels des autres services de l'EPSMR ;
 - Personnes accompagnées par le SAMSAH Ensemb ;
 - Familles des personnes accompagnées / personnes de confiance ;
 - Cadre supérieure de santé du pôle intersectoriel de l'EPSMR ;

⁶² Voir annexe 42 page XXV : la liste des partenariats à impulser sur le territoire Nord

- Directeur référent de l'EPSMR ;
- Chargé de mission projets stratégiques de l'EPSMR ;
- Directrice de la communication de l'EPSMR.
- Chef de projet : Directrice adjointe stratégie et projets de l'EPSMR
- Experts : MDPH, DSI, DIL, Centre d'appui en réhabilitation (CARE), Direction de la formation de l'EPSMR
- Sponsors : EPSMR, coordinateurs du programme « Un travail d'abord » et du dispositif « Un chez Soi d'Abord » (Allons Déor).

B) Les facteurs clés de succès

- ➔ Mettre en place des binômes SAMSAH / CARE et conforter le chef de service dans son rôle de manager de proximité auprès de l'équipe ;
- ➔ Fluidifier et rendre plus efficaces les passages de relais entre les différents services ;
- ➔ Développer le partenariat avec la MDPH ;
- ➔ Renforcer le partenariat avec les associations de familles ;
- ➔ Inclure davantage les familles dans les actions de sensibilisation ;
- ➔ Développer les partenariats avec les professionnels paramédicaux en libéral qui peuvent être un frein à l'accompagnement proposé au SAMSAH Ensemb ;
- ➔ Mutualiser les ressources en interne (Pôle intersectoriel / CARE) ;
- ➔ Proposer plus de formations (Projet parcours, interculturalité, accompagnement des familles etc...) ;
- ➔ Co-construire les outils de pilotage ;
- ➔ Communiquer auprès du Comité social et économique (CSE) ;
- ➔ Co-rédiger avec les professionnels du service et faire valider par le comité de pilotage la note de cadrage⁶³.

C) La capitalisation des outils

Il m'apparaît essentiel de capitaliser sur les pratiques, informations et procédures en :

- Uniformisant les documents/pratiques dans le but de développer les compétences tout en garantissant le maintien des sensibilités et individualités ;
- Evitant la perte des informations, bonnes pratiques et procédures actuelles⁶⁴ : valorisation des circuits de décision, gestion des référentiels de connaissance, mise en place d'un « workflow »⁶⁵...

⁶³ Voir annexe 43 page XXVI : la note de cadrage du projet

⁶⁴ Annexe 44 page XXVII : les étapes de la gestion de projet à l'EPSMR

⁶⁵ Identique à un tableau de bord, c'est un outil de travail collaboratif qui sert à organiser et à automatiser les tâches en interne et à gérer les flux de travaux. Il permet également de modéliser des processus métiers.

Ce travail est déjà impulsé avec la direction des systèmes d'information (DSI) et la direction investissement et logistique (DIL) de l'EPSMR.

Les moyens de communication et d'envoi de documents gratuits et sécurisés sont identifiés, à savoir Teams, SharePoint, la Messagerie de Santé Sécurisée.

Les outils de gestion de projets identifiés sont Timify (payant) ou Trello (gratuit).

3.2.2 Les outils managériaux au service de la gestion de projet

A) Le plan de communication⁶⁶ et de mobilisation

Les enjeux sont les suivants :

- Faire connaître le projet et partager son sens ;
- Être transparent sur la réalité du projet pour faciliter son appropriation ;
- Valoriser les acteurs et valoriser les actions engagées.

Un mix intéressant est de varier les contenus vidéo, les quizz, les jeux, les défis, les évaluations individuelles et collectives et les espaces d'échanges pour faire connaître cette nouvelle offre de services à tout le personnel du CHOR et de l'EPSMR.

Les communications directes et les supports visuels sont privilégiés pour valoriser les réussites et faire témoigner les acteurs impliqués tout au long du projet. La communication efficace est celle des pairs qui parlent aux pairs. Les personnes accompagnées apparaissent dans la communication interne autour du projet mais aussi en externe pour présenter le SAMSAH aux partenaires. La direction de la Communication de l'EPSMR accompagne la démarche, étant d'ailleurs dans le comité de pilotage du projet.

Ma réflexion stratégique, axée sur la raison d'être du SAMSAH et sur les personnes pour lesquelles nous agissons, s'articule autour de l'identité du service. Le management choisi est celui qui sert au mieux les missions de service public guidées par les politiques publiques et sociales et qui tiendra compte de la finalité du projet dans le respect de l'éthique qui a trait au secteur du « prendre soin ». La corédaction du document d'annonce a fait suite à une réunion d'engagement, destinée aux personnes accompagnées, leur famille, aidants, partenaires. Elle est venue clarifier et valoriser le sens de la transformation afin d'en faire une opportunité et une réussite pour tous.

Le projet a été formulé d'une manière « mobilisatrice et dynamique » pour susciter l'engagement et pour :

- ✓ Donner le sens du changement : Pourquoi change-t-on ?
- ✓ Déclencher l'émotion : Quelle est notre vision, notre ambition ?
- ✓ Solliciter la co-construction : Quelles sont les pistes de travail proposées par le groupe ?

⁶⁶ Voir annexe 45 page XXVII : le plan de communication synthétique

Pour savoir, comprendre, y croire et adhérer, il faut garantir le feed-back des professionnels, élément essentiel à toute communication efficace.

Pour contrer la passivité de certains acteurs, mais surtout pour les aider à aller au-delà de certains freins, il s'est révélé important de mener des actions d'accompagnement de proximité (tutorat, coaching...), notamment celles à forts impacts humains. Pour identifier ces actions, un plan de mobilisation⁶⁷ a été porté par le chef de service.

B) Le plan de gestion des emplois et des parcours professionnels

La Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels (GEPP) consiste à prévoir l'évolution du contenu des métiers et des compétences associées, en lien avec les orientations stratégiques de l'EPSMR et en adéquation avec l'évolution des besoins des publics accompagnés.

La formation professionnelle⁶⁸ est un outil majeur de la GEPP. En tant que processus d'apprentissage, elle favorise le maintien, l'acquisition, le développement de savoirs, savoir-faire et savoir-être des professionnels. Il s'agira de développer une GEPP qui répondra aux besoins des personnes accompagnées, tout en proposant un cadre contenant aux professionnels. Parmi les zones d'incertitudes, la maîtrise partielle des connaissances rend le travail des professionnels instables. Les accompagner à maîtriser les concepts liés au rétablissement, à l'autodétermination, à la transformation de l'offre, au case management mais aussi à la culture associative leur permettra de mieux appréhender la suite.

La note d'information interministérielle N° DGOS/SDRHSS/DGCS/4B/2022/274 du 12 janvier présente les orientations retenues en 2023 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 57 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique. Le SAMSAH Ensemb, dont les professionnels sont concernés par ces orientations, pourra bénéficier des axes de développement des compétences portés en soutien aux politiques sanitaires, sociales et médico-sociales, parmi lesquels :

- Développer ses compétences relationnelles pour contribuer au collectif de travail ;
- Améliorer la communication dans la relation soignant/soigné/famille/proche ;
- Numérique en santé.

Il m'appartient d'accompagner les membres de l'équipe à cheminer sur leur parcours professionnel et peaufiner leur identité professionnelle dans ce contexte instable. Le développement de nouvelles compétences doit permettre de garantir le maintien des sensibilités, des individualités à l'instar de l'approche « Élément Humain ». Une approche

⁶⁷ Voir annexe 46 page XXVIII : la matrice du plan de mobilisation ANAP

⁶⁸ Voir annexe 47 page XXVIII : macro-planning de la stratégie de formation

dite « management par les couleurs » (méthode DISC)⁶⁹, expérimenté préalablement auprès des managers du CHOR et de l'EPSMR, a permis de créer un sentiment d'appartenance communautaire.

Les deux sensibilisations développées en marge de la stratégie de formation aux outils et à la culture du rétablissement sont :

- Apprendre à recueillir (guide ANAP), à faire des entretiens d'évaluation, à faire émerger un projet de vie, apprendre à écouter les silences dans les entretiens...via des techniques de communication relationnelle ;
- Intégrer l'expérience patient (guide ANAP).

C) L'évolution du CPOM

Le CPOM permet un dialogue de gestion mais est aussi un bel outil de communication interne et externe. La qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) est au cœur des préoccupations de la direction, au même titre que la responsabilité sociétale des entreprises (RSE) et la gestion et la prévention des risques. Dans le cadre du dialogue de gestion, l'évolution du CPOM devrait intégrer un dispositif de gestion de liste d'attente qui permettra souplesse, adaptation et agilité. Il sera calqué sur celui de l'association Frédéric Levavasseur qui accompagne sur trois à six mois l'entourage d'enfants en situation de troubles autistiques et déficiences intellectuelles inscrits sur la liste d'attente de l'IME-SESSAD du territoire Nord afin d'éviter toute rupture de parcours. Une première réunion a déjà eu lieu avec la direction concernée de l'association pour impulser ce travail. L'ARS Réunion devrait, de la même façon, soutenir le dispositif via des Crédits Non Reconductibles (CNR), ce dispositif permettant une extension de l'accompagnement de la liste d'attente du SESSAD pour de jeunes adultes porteurs de Troubles du Spectre Autistique (TSA) en amendement Creton.

3.2.3 Mes fondamentaux en tant que directrice dans le pilotage du projet

A) L'animation de la réunion d'engagement

Cette réunion n'a pas pour objectif de passer de l'information mais bien de faire passer à l'action. Les enjeux sont de :

- Mobiliser les énergies individuelles et collectives ;
- Obtenir l'engagement d'une personne à mener à bien une ou plusieurs actions en faveur du projet ;
- Garantir l'appropriation du projet par les acteurs ciblés, grâce à la co-construction.

⁶⁹ Outil d'évaluation psychologique créé par Walter Vernon Clarke sur la base de la théorie DISC du psychologue William Mouton Marston en 1928 Cet acronyme reprend les quatre traits définis : **D**ominance, **I**nfluence, **S**tabilité et **C**onformité.

- B) La co-construction du diagramme de GANTT et la communication avec les instances du personnel

Le diagramme de GANTT⁷⁰ permet d'anticiper, structurer et planifier les actions et de répertorier l'ensemble des tâches nécessaires pour mener le projet à son terme et pour visualiser leur état d'avancement dans le temps. Le CSE est tenu informé de toutes les grandes étapes du projet et le dialogue social est une priorité pour sécuriser leurs avancées.

- C) Mon point de vue de l'éthique et de la bientraitance

Si l'éthique se fonde sur des bases philosophiques, théoriques et morales, elle revêt également une dimension dynamique qui se négocie en continu au gré des situations et des contraintes externes. L'éthique relève du doute et donne du sens à l'action. « Loin de représenter un nouveau domaine d'expertise généralisable, l'éthique s'affirme dans l'acte ; elle est un positionnement critique sur les normes de conduite de différentes natures, un questionnement permanent des orientations générales par l'acte singulier » (Définition de Jean Jacques Nillès issue de l'analyse documentaire relative au développement d'une démarche éthique dans les ESSMS de l'ANESM). Au SAMSAH Ensemb, l'éthique s'incarne dans le droit de la personne à être respectée dans sa parole et dans son silence, mais aussi dans l'attention des professionnels à ne pas projeter leurs propres aspirations pour la personne. En ce sens, le décret du 25 avril 2022 sur les CVS impose pour les professionnels de « s'assurer que la personne souhaite et peut investir les outils de participation ».

A l'instar de l'HAS, « il conviendrait de (re)centrer la bientraitance sur les techniques visant à améliorer le bien-être des usagers, et de considérer que l'éthique développe la culture du respect de l'autre et la prise de décision fondée sur les valeurs-vertus. ».

3.3 L'évaluation

Il m'appartient de faire de cette obligation d'évaluation un outil motivationnel pour valoriser l'accompagnement. En croisant les indicateurs de la certification HAS, les axes d'amélioration de l'évaluation externe de 2019, les indicateurs des fiches 5-1 et 5-2 du PTSM et celles du PAI, l'ensemble des indicateurs liés au projet seront basés sur l'humanisation. Forte des étapes précédentes, l'équipe projet sera amenée à identifier les zones d'amélioration potentielle et à mettre en place des initiatives d'amélioration et d'innovation qui amélioreront la performance organisationnelle. L'instruction CPOM précise d'ailleurs que « le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) peut être un élément à suivre dans le cadre du CPOM ».

⁷⁰ Voir annexe 48 page XXIX : le diagramme de GANTT au 01.05.2023

3.3.1 La démarche d'amélioration continue et l'innovation

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue qui anime chacune de nos actions pour assurer la qualité des accompagnements et la qualité de vie et des conditions de travail de l'ensemble du personnel, les outils d'évaluation suivants me semblent pertinents :

A) La roue de Deming comme base de la méthodologie

Le suivi vise avant tout à s'assurer que chaque objectif est en bonne voie d'être réalisé et à recadrer, au besoin, l'action pour mettre tout en œuvre vers l'atteinte des objectifs. Pour chaque objectif, une fréquence de suivi aura été préalablement établie (hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, annuelle, etc.). Le suivi peut être facilité grâce à un système de collecte et de traitement des données. L'objectif est la réévaluation régulière des parcours et des soutiens des personnes accompagnées et leurs aidants.

B) Les outils de référence

- La mise en place de groupes d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP) et identification des signes d'attitudes défensives des professionnels pour mieux y répondre ;

- La cocréation d'un comité d'éthique⁷¹ ;

- L'intégration des quatre valeurs fondamentales du nouveau référentiel d'évaluation HAS 2023 :

- Le pouvoir d'agir de la personne ;
- Le respect des droits fondamentaux ;
- L'approche inclusive des accompagnements ;
- La réflexion éthique des professionnels.

3.3.2 Les indicateurs de risques psychosociaux et de qualité d'accompagnement

Les outils suivants sont privilégiés pour s'assurer de l'impact de ce projet sur :

A) La qualité d'accompagnement des personnes et des aidants

- Les enquêtes de satisfaction auprès des personnes réalisées tous les 6 mois

⇒ Objectif : 80% de questionnaires remplis et satisfaction globale positive

- Les enquêtes de satisfaction auprès des familles

⇒ Objectif : 80 % de questionnaires remplis et satisfaction globale positive

- Les CVS

⇒ Objectif : 2 à 3 CVS par an pour les aidants et pour les personnes accompagnées

- Les PAI

⇒ Objectif : 100 % des nouveaux PAI structurés sur la base de la méthode SMARTER (Spécifique, Mesurable, Réaliste, Temporellement défini, Evaluable, Réalisable)

⁷¹ Voir annexe 49 pages XXIX et XXX : le comité d'éthique, ses objectifs et sa composition

B) La qualité des conditions de vie au travail des professionnels

- Le sondage d'appropriation : le service communication de l'EPSMR est responsable de la structuration tandis que le chef de service est responsable de l'administration de ce sondage.
- ⇒ Objectif : 100 % d'appropriation du projet
- La grille de retour d'expérience⁷² de l'ANAP
- ⇒ Objectif : permettre au futur SAMSAH Psy Ouest de bénéficier du retour d'expérience dans le cadre de l'appel à projets

3.3.3 Les indicateurs de la structuration de l'offre

Les indicateurs de suivi de la démarche de structuration de l'offre de services en faveur du rétablissement sont les suivants :

A) Les indicateurs quantitatifs

- Nombre de nouveaux professionnels formés au rétablissement ;
- Nombre de partenaires sociaux et médico-sociaux parties prenantes du parcours de réhabilitation psychosociale (coopérations formalisées, conventions signées) ;
- Nombre de personnes bénéficiant d'un parcours de réhabilitation psychosociale ;
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un programme de remédiation cognitive et/ou d'un programme d'éducation thérapeutique ;
- Nombre de familles et d'aidants ayant bénéficié d'un programme de psychoéducation ;
- Nombre de ré-hospitalisations des personnes ;
- Nombre de demande de rencontres et de suivis collectifs et/ou individuels des aidants ;
- Durée moyenne d'accompagnement ;
- Nombre de projets personnalisés réalisés.

B) Indicateurs qualitatifs

Les indicateurs qualitatifs sont ceux qui vont permettre de :

a) Garantir la continuité de parcours

- Le rétablissement des liens familiaux ;
- La reprise des activités sociales, professionnelles, familiales existantes au moment du déclenchement du trouble psychique : reprise d'études, reprise du travail, reprise d'activités sportives, reprise de rencontres amicales et/ou amoureuses... ;
- La stabilisation psychiatrique des personnes accompagnées ;

⁷² Voir annexe 50 page XXX : la grille de retour d'expérience de l'ANAP

- La connaissance des ressources du territoire ;
- La bonne coordination avec le secteur sanitaire lors de la transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile à l'instar du rapport de Michel Laforcade :

« Dans la logique de l'amélioration des parcours de soins, projet de vie, l'hôpital informe le SAMSAH de la sortie d'hospitalisation d'un patient et de son souhait de le voir pris en charge à domicile par le service. Le SAMSAH va intervenir dès l'annonce de la sortie prochaine. Il va mettre en place un parcours de transition vers le domicile en se rendant à l'hôpital pour faire la connaissance du patient et l'interroger sur son projet de retour à domicile, ses besoins, ses appuis... Une journée à domicile va être organisée pour faire passerelle entre hôpital et domicile, plus si nécessaire. Le patient rassuré par cette prise de contact et cet accompagnement débutant voit ainsi sa sortie sans appréhension et garde le bénéfice de ses progrès en hospitalisation. » (Rapport relatif à la santé mentale, Michel Laforcade ? « De l'hospitalisation au retour à domicile grâce au SAMSAH », octobre 2016, page 147).

b) Légitimer le positionnement du service grâce à la communication externe

La lisibilité du positionnement du SAMSAH Ensemb ne pourra être optimale sans :

→ Une communication « institutionnelle » auprès de la CDAPH

Outils de communication : résider à la CDAPH, prévoir des réunions régulières avec la MDPH, coorganiser un séminaire sur le projet de vie...

→ Une communication « image » avec et auprès des futures personnes orientées et des familles

Outils de communication : co-crée un logo dédié au SAMSAH, co-crée un site web calqué sur celui de l'association espoir 02, co-crée le nouveau livret d'accueil, intégrer la visibilité du SAMSAH aux semaines d'information de santé mentale (SISM) en y faisant participer les personnes accompagnées et leur famille, « sponsoriser » la prochaine campagne « Resist » contre les addictions, coorganiser des journées portes ouvertes...

→ Une communication « RSE » auprès des partenaires, du collectif et des autorités de tarification

Outils de communication : organiser des cafés collaboratifs, engager le SAMSAH dans le déploiement de la boussole des jeunes sur le territoire et communiquer sur le programme Handjeunes du CIDJ, participer à impulser la création d'un conseil local de santé mentale dans le Nord-Est, aller vers les médecins généralistes, interagir au moins une fois avec un professionnel qui accompagne ou accompagnera une personne actuellement au SAMSAH...

Conclusion

La non-rupture de parcours des personnes en situation de troubles psychiques nécessite un accompagnement conjoint sanitaire, médico-social et social conditionné par la coordination de ces acteurs qui agissent encore trop souvent dans des logiques de séquençage et de filière. L'approche par les parcours reste à renforcer, la réalité de terrain étant plutôt une approche segmentée par épisodes, par tranches d'âge, par acteurs de la prise en charge... Une meilleure communication et un langage commun sont nécessaires au profit d'une culture centrée sur l'accompagnement des besoins et des attentes des personnes. La fusion des dispositifs du territoire qui compose le DAC et les nouveaux métiers qui en découlent vont dans le bon sens et visent « [la] promotion et l'amélioration de [la] participation sociale [...] de la personne dans un environnement en rapide mutation et à la complexité croissante, où le potentiel personnel est de plus en plus sollicité. » (article de J-R. Loubat ASH n°2901 « Voici venu le temps des coachs sociaux » du 13 mars 2015).

La personne présentant des troubles psychiques a besoin, pour se construire, de sécurité affective, de reconnaissance juridique et politique ainsi que de considération sociale. Elle est en recherche perpétuelle de « l'estime de soi » et de l'estime des autres dans ses actions et son vécu quotidien, mais ne saura les trouver que par un accompagnement adapté.

L'objectif de tout établissement médico-social est de permettre à la personne d'être actrice de son parcours. Celui du SAMSAH, plus encore, est de l'accompagner dans l'expression de son autodétermination et de l'aider à avoir la meilleure vie possible en tenant compte du contexte, de sa pathologie et de son environnement. Le développement d'une offre de services en faveur du rétablissement est la réponse territoriale adaptée à ce public accueilli de plus en plus jeune au SAMSAH Ensemb.

Le rôle de la famille et plus globalement des proches aidants est fondamental pour éviter les ruptures de parcours plus largement encore dans le processus de rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques sévères et durables. Cet enjeu est aujourd'hui au cœur des politiques publiques nationales et du territoire. Le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques nécessite l'implication des personnes et de leurs proches dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement. Ce rétablissement est également conditionné par l'accès à leurs droits qui nécessite une information de qualité.

Le SAMSAH Ensemb, dans une optique d'enrichissement de l'offre territoriale, inscrit son action dans une politique inclusive et une approche transversale en essaimant la méthode auprès des acteurs de la santé mentale et en formant à la démarche en milieu ordinaire. La signature de conventions et le soutien porté par les professionnels du SAMSAH Ensemb auprès des acteurs de la précarité et de l'addictologie, des politiques d'insertion professionnelle et d'habitat inclusif agit en faveur de la déstigmatisation des jeunes adultes en situation de handicap psychique et de la continuité de leur parcours.

Le SAMSAH Ensemb de l'EPSMR répond aux besoins des jeunes adultes de son territoire et décloisonne les pratiques de ce service médico-social ancré dans une culture sanitaire pour un accompagnement le plus agile possible.

Pour conclure, le SAMSAH Ensemb est un atout pour l'EPSMR. Il permet de faire évoluer le regard des professionnels qui ne suivent pas un patient mais accompagnent une personne dans ses espoirs, ses rêves et ses capacités. En permettant une implantation territoriale au-delà du soin, en tenant compte de l'environnement de la personne, le SAMSAH peut garantir, grâce à son offre de services en faveur du rétablissement, une continuité de parcours des jeunes adultes présentant des troubles psychiques.

« La plus grande victoire de l'existence ne consiste pas à ne jamais tomber, mais à se relever après chaque chute. »
Nelson Mandela

Bibliographie

OUVRAGES

BESCHE-RICHARD Chrystel, BUNGENER Catherine, « Psychopathologies de l'adulte, approche intégrative », Dunod 2018

BLOCH Marie-Aline, BOUQUET Brigitte, HARDY Jean-Pierre, HENAUT Léonie, LEFEVRE Patrick, LOUBAT Jean-René, SCANDELLARI Thomas, « Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale », ouvrage coordonné par Marcel JAEGER, Dunod 2018

COCQUEBERT Laurent, « Le secteur social et médico-social depuis la loi HPST », éditions ASH 2012

HAERING Albert-Luc, « La qualité de l'action sociale et son évaluation », IES éditions, 2004

JAEGER Marcel, « L'articulation du sanitaire et du social » Travail social et psychiatrie, Dunod 2012

JANVIER Rolland, « Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale », ESF Législatives 2011

LANDRY Simone, « Travail, affection et pouvoir dans les groupes restreints », Presse de l'université du Québec, 2007

LENHARDT Vincent, MARTIN Bertrand, « Oser la confiance », INSEP consulting 1996

LOUBAT Jean-René, « Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale », Dunod 2019

TOBIE Nathan, « La folie des autres, traité d'ethnopsychiatrie clinique », Dunod 2013

TRANCHANT Guillaume, « Ensemble, on aboie en silence », Harper Collins 2021

ZRIBI Gérard, « Inclusion et handicap mental et psychique : le rôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux », Presses de l'EHESP, 2021

MEMOIRES ET THESES

BERTILLOT H. (2014), La rationalisation en douceur : sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital, Thèse de sociologie de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris, 601 p.

HUBERT R. (2016), Quels sont les freins à la collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ?, mémoire « Santé mentale dans la communauté », EPSM Lille

RENARD J. (2003), Jeunes adultes et handicap, déployer une plateforme territoriale innovante comme étayage des parcours individualisés » Mémoire EHESP

DOSSIERS ET COLLOQUES

ASENCIO Anne-Marie, BARREYRE Jean-Yves, PEINTRE Carole « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique » CEDIAS-CREAH I Ile de France, 2010

BARREYRE Jean-Yves « 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 ») », CREAI-CEDIAS, 2012

BARREYRE Jean-Yves, MAKDESSI Yara « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations » Volet 1 Recherche Documentaire Délégation ANCREAI Ile de France, CEDIAS, 2007

CEDIAS, dossier scientifique « Handicap d'origine psychique : une évaluation partagée pour mieux accompagner les parcours des personnes », Colloque 2009

COLDEFY Magali, GANDRE Coralie « Atlas de la santé mentale en France », IRDES, 2020

CREAI PACA-CORSE, « Spécialisation et variabilité dans le fonctionnement des SAMSAH dans cinq départements », 2011

DORE Christina « L'estime de soi : analyse de concept », Ressources en soins infirmiers, 2017

JACQUES Marie-Claude, « Outil d'intervention basé sur le savoir expérientiel des personnes vivant avec la schizophrénie », Colloque Association québécoise des infirmiers et infirmières en santé mentale, 2019

RAPPORTS, METHODOLOGIE ET RECOMMANDATIONS

ANAP, « Recueillir l'expérience patient et usager : Pourquoi et comment l'intégrer dans vos projets », 2023

ANAP, « Expérience patient et usager : 4 piliers pour en faire un levier de performance », 2023

ANAP, « Kit de conduite du changement », 2021

ANAP, « Intervention à domicile des équipes de psychiatrie. Retour d'expérience », 2015

HAS, « L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (volet 1) Autodétermination, participation et citoyenneté », 2022

HAS, « Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux », 2022

ANESM-HAS, « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap », 2018

ANESM-HAS, « Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques », 2016

ANESM-HAS, « ESSMS : valorisez les résultats de vos évaluations », 2016

ANESM-HAS « Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou service de l'inclusion sociale », 2015

ANESM-HAS, « Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale », 2015

ANESM-HAS, « Le déploiement de la bientraitance », 2012

ANESM-HAS, « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médicosociaux », 2010

ATIH, « Tableau de bord de la performance secteur médico-social », 2019

ARS, « Enquête en ligne sur les attentes de la population sur les sujets de sante », rapport dans le cadre du PRS2 février 2023

BEC Emilie, « L'autodétermination des personnes en situation de handicap. Etat des lieux et mises en œuvre inspirantes », CREA-ORS-ARS Occitanie mars 2023

BORDE Pauline, BOUTREUX Charlotte, JOUANNEAU Bertrand, MARTIN Christine, ROBERT Mickaël, « Référentiel de psychiatrie et d'addictologie », presses universitaires François Rabelais 2021

CHARZAT Michel, « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches », 2002

CHOSSY Jean-François, « Passer de la prise en charge... à la prise en compte », rapport remis à Monsieur François Fillon Premier Ministre, Madame Roselyne Bachelot Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale et Madame Marie-Anne Montchamp Secrétaire d'Etat, 2011

CNSA, « L'activité des MDPH en 2021 », repères statistiques 2023

CNSA, « Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) », 2019

CNSA, « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », 2012

COUR DES COMPTES, « Les services de soins à domicile, une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins », Communication à la commission des affaires sociales du Sénat », 2021

DE SINGLY Chantal, « Rapport de la mission cadres hospitaliers », rapport remis à Madame Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports 2009

DGAS « Les indicateurs, guide pratique annexe 3 PH », rapport 2022

IGAS, « Soutenir les aidants en levant les freins au développement de solutions de répit », 2022

JACOB Pascal, JOUSSERANDOT Adrien, « Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement », 2003

JACOB Pascal, Charte Romain Jacob, « Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap », 2014

LAFORCADE Michel, « Rapport relatif à la santé mentale », 2016

LAFORCADE Michel, BELLIVIER Franck, WONNER Martine, « Retour sur les fondamentaux du PTSM par M. Laforcade lors de la table ronde 1960-2019 : du secteur de psychiatrie au territoire de santé mentale », 2020

LECOMTE Tania, « Les buts de la personne avec un handicap psychique : au centre du rétablissement » 4^{ème} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, 2016

MDPH, « Rapport d'activité de la CDAPH au sein de la MDPH de La Réunion », 2021

MDPH, « Diagnostic territorial partagé du secteur du handicap à La Réunion », 2021

MOUILLER Philippe, rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux services de soins à domicile, janvier 2022

PIVETEAU Denis, ACEF Saïd, DEBRADANT François-Xavier, JAFFRE Didier, PERRIN Antoine « Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » Zéro sans solution, 2014

PIVETEAU Denis, « Experts, acteurs, ensemble...pour une société qui change », 2022

RICHARD Christophe, « L'accueil et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques sur l'île de La Réunion », rapport CREAL Océan Indien, 2017

UNAFAM, « Grille handicap psychique », 2014

VACHEY-JEANNET, « Réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées », rapport IGAS-IGF 2013

PLANS ET SCHEMAS REGIONAUX

COS, « Cadre d'Orientation Stratégique de La Réunion 2018-2023 »

PRS, « Schéma Régional de Santé de La Réunion 2018- 2028 »

PRAPS, « Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis de La Réunion 2018-2023 »

PTSM, « Projet Territorial de Santé Mentale de La Réunion 2019-2023 »

CTSM, « Contrat Territorial de Santé Mentale 2021-2024 »

DOCUMENTS INTERNES

Projet d'Etablissement 2017-2021 CHOR-EPSMR

Projet d'Etablissement 2023-2026 CHOR-EPSMR

Projet Management CHOR-EPSMR

CPOM EPSMR 2020-2024

DUERP

Bilan Social 202

ARTICLES ET RESSOURCES WEB

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES, « La santé-travail au prisme de ses enjeux psychosociaux », octobre-décembre 2022, coordonnée par Marielle Poussou-Plesse avec la participation de Diane Desprat et Valérie Ulrich

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, « L'impact de la loi HPST sur le secteur social et médico-social », tribune de Marcel Jaeger, presse ADSP 2011

LE MENSUEL DES EQUIPES SOIGNANTES EN PSYCHIATRIE, « Le processus du rétablissement », N°166, 2022

MAGAZINE DIRECTION

« Élaborer des recommandations concrètes à un moment de perte d'attractivité particulièrement intense des professionnels du social et du médico-social à travers un livre blanc », 20 février 2023

« Les catégories administratives du handicap peuvent enfermer la personne dans une identité », 23 mars 2023

RHIZOME Bulletin National Santé Mentale et Précarité n°65-66, « Apprendre le rétablissement », article « Le rétablissement au cœur des politiques de santé mentale », Michel Laforcade 2017

RHIZOME Bulletin National Santé Mentale et Précarité n°68, « Aller vers » ... d'autres pratiques ?

« Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... », Alain MECUEL

« Ne pas aller vers « ceux qui ne demandent rien », Ana MARQUES, 2018

Site Orspere-Samdarra, Observatoire santé mentales, vulnérabilités et sociétés, « Restaurer les capacités d'autodétermination pour favoriser le rétablissement », Nicolas FRANCK, Elodie GILLIOT, 2017

<https://schizinfo.com/> : les ressources sur la schizophrénie :

<https://peidd.fr/spip.php?article10499> : le balluchonnage :

https://www.lemonde.fr/argent/article/2020/10/09/de-quels-dispositifs-les-aidants-de-personnes-dependantes-peuvent-beneficier_6055359_1657007.html : les dispositifs pour les aidants

<https://centre-ressource-rehabilitation.org/> : les ressources en réhabilitation psychosociale

<https://boussole.jeunes.gouv.fr/> : réponse au non-recours aux droits des jeunes :

<https://peidd.fr/> : l'addicthèque de La Réunion

<https://centre-ressourcerehabilitation.org/gaia?recherche=gaia> : la remédiation cognitive

LOIS, CIRCULAIRES ET REGLEMENTATIONS

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

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

Loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale

Circulaire relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS, affaires sociales et santé 2014

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé : Ma Santé 2022

Stratégie nationale de santé 2018-2022

Feuilles de route « Santé mentale et psychiatrie » du 28 juin 2018

Instruction DGOS relative à l'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale du 16 janvier 2019

5^{ème} comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie du 21 janvier 2022

Feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie 2021

CONFERENCES ET WEB CONFERENCES

ACTIF FORMATION, « Sécurisez vos pratiques sur les risques professionnels et la QVCT en conformité avec le nouveau référentiel d'évaluation de la qualité HAS », web conférence 2022

ACTIF FORMATION, « Révélez votre neuro-leadership : les neurosciences au service du management », web conférence 23 mars 2023

Journées mondiales des troubles bipolaires, « L'entourage est un facteur important du rétablissement », 30 mars 2023

POSITIVE MINDERS, « Le plan de suivi individualisé », 20 mars 2023

UNAFAM, « La pair-aidance, une pratique en pleine essor », 8 juin 2022

FILMS, PODCASTS ET DOCUMENTAIRES

FRANCE TV, « Nos folies ordinaires », mars 2023

FRANCE 2, « Dans les yeux d'Olivier : les troubles psychiques », février 2023

France 3, « Relève-toi ! En chemin vers la lumière », 2020

DEEZER, « Les maux bleus, dire la santé mentale : idées reçues sur la santé mentale », septembre 2022

MOOC

POSITIVE MINDERS, « Se rétablir, un vrai délire », octobre-décembre 2021

DOSSIERS REALISES DANS LE CADRE DU CAFDES-EHESP

Note d'aide à la décision (NAD) du DF4 : « Faire évoluer le positionnement du service sur le territoire pour répondre aux besoins et aux attentes des jeunes adultes en situation de handicap psychique », 2021

Dossier de Gestion Logistique et Immobilière (GLI) du DF3 : « Procédures et gestion des référentiels de connaissance pour une qualité de prise en charge et des conditions de vie au travail », 2023

Rapport de stage de 85h du DF1 : « Rôle et positionnement du directeur dans le cadre d'un projet stratégique », 2023

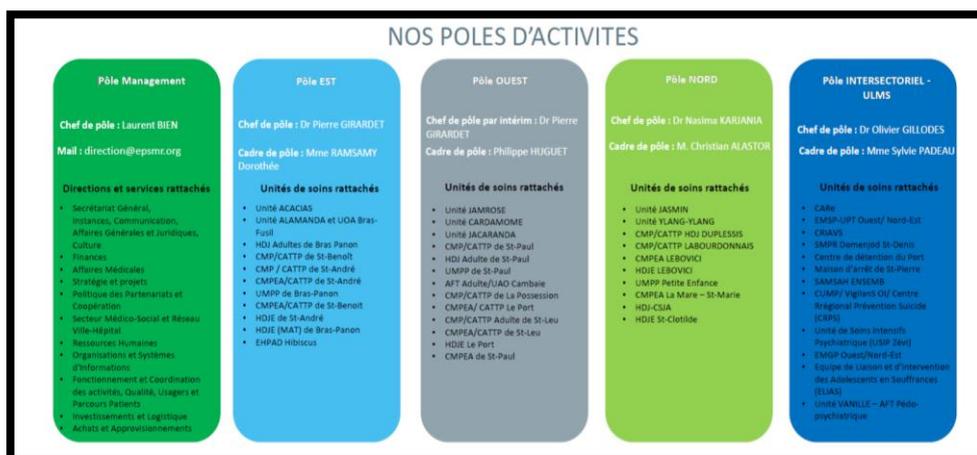
Dossier d'analyse stratégique (DAS) du DF1 : « Comment faire de l'EPSMR l'acteur régional du parcours de réhabilitation psycho-sociale », 2023

Liste des annexes

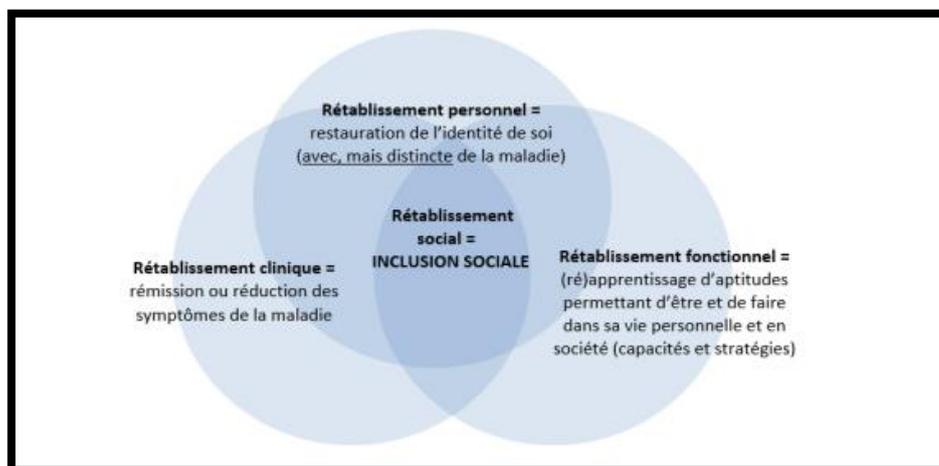
- Annexe 1 page II : l'organisation polaire de l'EPSMR
- Annexe 2 page II : les dimensions du rétablissement
- Annexe 3 page III : le schéma du Centre ressource en ligne
- Annexe 4 page III : les 5 étapes successives du rétablissement
- Annexe 5 page IV : les 4 composantes de l'autodétermination
- Annexe 6 page IV : la répartition de la population MDPH par déficience principale
- Annexe 7 page V : le taux d'équipement pour adultes en situation de handicap psychique
- Annexe 8 pages V : les fiches action 5-1 et 5-2 du PTSM 2019-2023
- Annexe 9 page VI : la pyramide issue de la théorie de Maslow
- Annexe 10 page VI : le diagramme des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson
- Annexe 11 page VII : les caractéristiques de la zone d'intervention du SAMSAH Ensemb
- Annexe 12 page VII : la fiche signalétique du SAMSAH Ensemb
- Annexe 13 : page VIII : le tableau d'ETP du SAMSAH Ensemb
- Annexe 14 page VIII : l'organigramme du SAMSAH Ensemb
- Annexe 15 page IX : les missions des professionnels du SAMSAH Ensemb
- Annexe 16 pages IX et X : le logigramme de la personne accompagnée
- Annexe 17 page XI : les nomenclatures des besoins du projet SERAFIN PH
- Annexe 18 page XI : les nomenclatures des prestations du projet SERAFIN PH
- Annexe 19 pages XII à XIII : la charte dite « Romain Jacob »
- Annexe 20 page XIV : les schémas TDB ANAP profils de personnes accompagnées
- Annexe 21 page XV : la répartition MDPH par âge
- Annexe 22 pages XV et XVI : le résumé des spécificités et profils des personnes
- Annexe 23 page XVI : l'implantation territoriale de l'offre sanitaire et médico-sociale
- Annexe 24 page XVII : l'évolution des orientations MDPH SAMSAH-SAVS
- Annexe 25 page XVII : les 4 étapes de gestion de projet de l'ANAP
- Annexe 26 page XVIII : les 4 hypothèses de changement et leurs scénarios
- Annexe 27 page XVIII : la grille de pré diagnostic du changement de l'ANAP
- Annexe 28 page XIX : l'architecture de l'évaluation TDB ESMS ANAP
- Annexe 29 page XIX : les principales causes de résistance et ses 3 sources
- Annexe 30 page XIX : la cartographie des partenaires de l'ANAP
- Annexe 31 page XX : la stratégie des alliés de l'ANAP
- Annexe 32 page XX : la théorie FIRO de Will Schutz
- Annexe 33 page XX : les étapes du cycle du changement issue de la courbe du deuil
- Annexe 34 page XXI : les leviers d'action, ressources innovantes et benchmarking aidants
- Annexe 35 page XXI : l'outil ELADEB

Annexe 36 page XXII : l'affiche du programme BREF centre hospitalier Le Vinatier de Lyon
 Annexe 37 page XXII : le Pair-Aidant Famille professionnel du CEAPSY
 Annexe 38 page XXIII : la remédiation cognitive avec l'outil GAIA
 Annexe 39 page XXIII : les missions du coordinateur de soins
 Annexe 40 page XXIV : le plan de crise conjoint de psy addicto
 Annexe 41 page XXV : les 3 plans du guide ReVim
 Annexe 42 page XXV : la liste des partenariats à impulser sur le territoire Nord
 Annexe 43 page XXVI : la note de cadrage du projet
 Annexe 44 page XXVII : les étapes de la gestion de projet à l'EPSMR
 Annexe 45 page XXVII : le plan de communication synthétique
 Annexe 46 page XXVIII : la matrice du plan de mobilisation ANAP
 Annexe 47 page XXVIII : la macro-planning de la stratégie de formation
 Annexe 48 page XXIX : le diagramme de GANTT au 01.05.2023
 Annexe 49 pages XXIX et XXX : le comité d'éthique, ses objectifs et sa composition
 Annexe 50 page XXX : la grille de retour d'expérience de l'ANAP

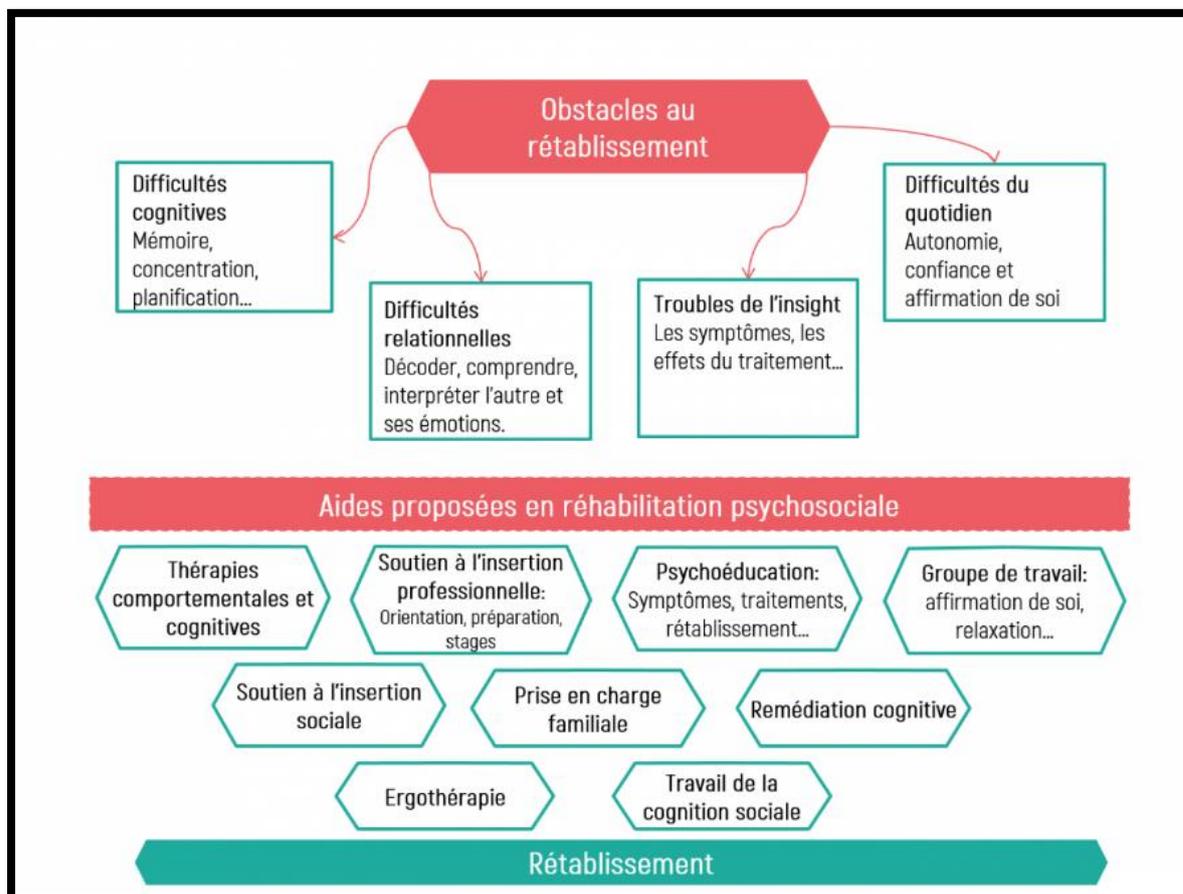
Annexe 1 : l'organisation polaire de l'EPSMR



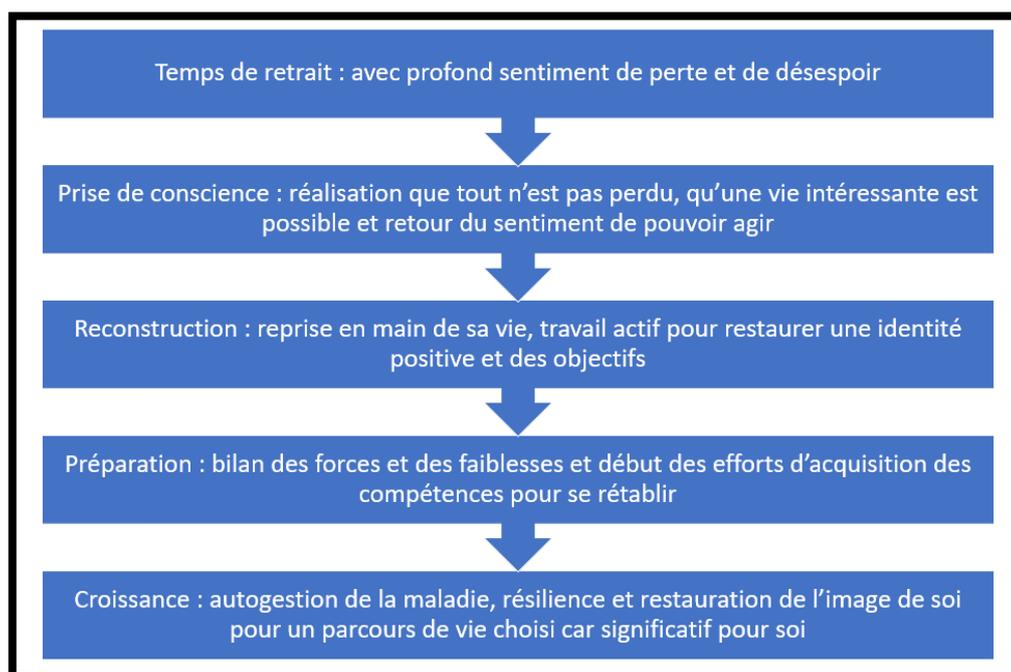
Annexe 2 : les dimensions du rétablissement



Annexe 3 : le schéma réalisé par Laura Bon, Neuropsychologue au Centre ressource en ligne www.centre-ressource-rehabilitation.org



Annexe 4 : les 5 étapes successives du rétablissement



Annexe 5 : les 4 composantes de l'autodétermination

- L'autonomie : être autonome

L'autonomie, c'est savoir faire les choses par soi-même, mais pas que. Tout ne repose pas sur la personne ayant des besoins spécifiques. L'autonomie résulte aussi d'un environnement facilitateur qui relève de la responsabilité collective et d'une coopération de l'entourage. Du grec « *autos* » (soi-même) et « *nomos* » (loi, règle), l'autonomie peut se définir comme la capacité d'une personne à subvenir à ses propres besoins, selon ses propres règles.

- L'auto-réalisation : se connaître

Se connaître, c'est savoir qui l'on est, ce que l'on aime, ce que l'on n'aime pas...

Et c'est un apprentissage qui se construit dès le plus jeune âge en laissant l'enfant tenter des choses, explorer par lui-même dans la mesure de ses possibilités, pour une meilleure conscience de soi. L'identité est une globalité, le handicap ou le besoin spécifique en fait partie, mais la personne ne se réduit pas à cela.

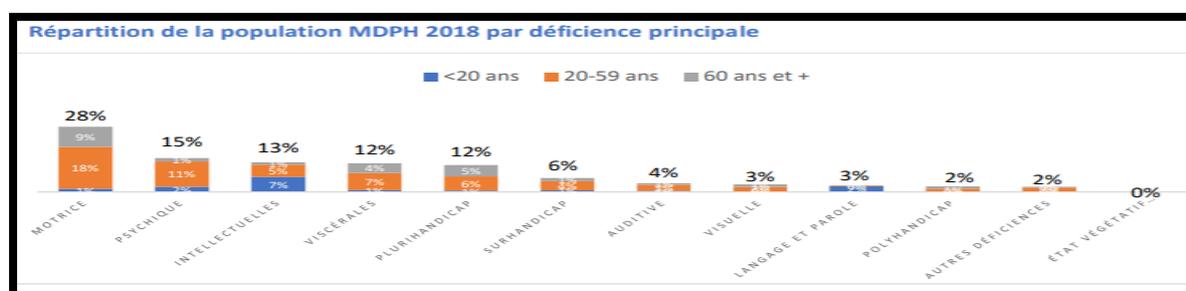
- L'auto-régulation : s'organiser

La capacité d'autorégulation– ou d'organisation – est une capacité fondamentale pour vivre en société. C'est la capacité à s'adapter aux situations, à savoir anticiper, planifier, évaluer... C'est un processus cognitif qui demande des compétences d'observation, de planification, d'adaptabilité et de résolution de problèmes.

- L'empowerment psychologique : être et se sentir capable.

C'est être conscient de ses propres capacités et savoir faire la distinction entre les conséquences de ce que l'on fait et ce qui n'y est pas lié. C'est aussi la connaissance et la valorisation de soi, de ses zones de compétences, la construction de son estime de soi et de sa confiance en soi. C'est savoir identifier ses forces, faire des expériences de réussite mais aussi d'échec.

Annexe 6 : la répartition de la population MDPH par déficience principale 2018



**Annexe 7 :le taux d'équipement pour adultes en situation de handicap psychique,
source statiss 2016**

ADULTES		La Réunion	France Métro.
Taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée (places d'hébergement, hors accueil de jour)	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	0,4	0,8
Taux d'équipement en foyer d'accueil médicalisé (places d'hébergement, hors accueil de jour)		0,7	0,7
Taux d'équipement en foyer de vie (places d'hébergement, hors accueil de jour)		0,2	1,1
Taux d'équipement en places en établissements et services d'Aide par le Travail (ESAT)		2,2	3,6
Taux d'équipement en places en services (SAVS, SAMSAH)		0,4	1,5

Annexe 8 : les fiches action PTSM Réunion 2019-2023 5-1 et 5-2

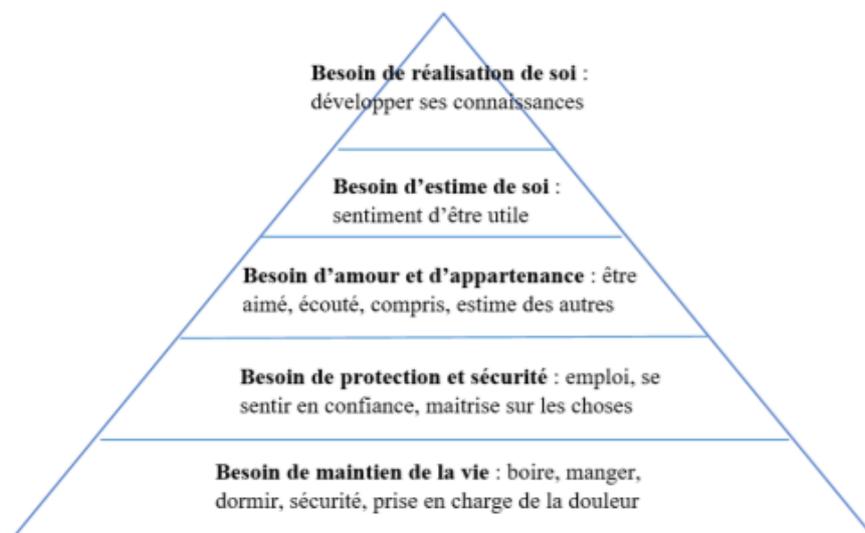
AXE 5 : Soutien aux aidants et aux personnes

Intitulé de l'action	P1-Action 5-1 - Accompagnement individualisé et/ou soutien psychologique des aidants
Constats	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ De nombreuses situations à risques ou d'urgence majorées par un épuiement de l'aidant (pouvant lui-même être concerné par cette pathologie), se disant perdu dans son rôle, sa place et ses missions ⇒ Une partie des aidants pouvant se retrouver elle-même dans une situation de fragilité psychologique en particulier lors de l'annonce de la maladie ⇒ Une prise en charge en accompagnement psychologique (voire psychiatrique) financièrement peu/pas accessible à l'ensemble des personnes concernées ⇒ Un manque de visibilité et d'accessibilité aux droits et aux dispositifs existants contribuant à l'isolement et à la fragilisation des aidants
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mettre à disposition une offre de soutien psychologique ⇒ Proposer un accompagnement multidimensionnel, global et individualisé de l'aidant au plus proche de l'annonce de diagnostic ⇒ Prévenir la dégradation de la santé mentale des aidants ⇒ Prévenir ou rompre l'isolement des aidants
Publics cibles	Aidants de personnes souffrant de troubles psychiques
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Réduction des hospitalisations liées à la fatigue des aidants ⇒ Moins d'urgence dans les demandes d'Accueil Temporaire ⇒ Allègement du sentiment de fardeau ⇒ Amélioration de la symptomatologie anxio dépressive de l'aidant ⇒ Potentialisation des ressources du réseau et du système familial au profit de la dyade aidant-aidé
Indicateurs de résultat	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Nombre de demande de rencontre et de suivi collectif et /ou individuel ⇒ Nombre d'accompagnements réalisés ⇒ Durée des accompagnements ⇒ Evolution des taux d'hospitalisation ⇒ Satisfaction des aidants ⇒ Connaissance des ressources du réseau ⇒ Echelle de fardeau, d'anxiété, de dépression et de burn out ⇒ Etat de santé général de l'aidant

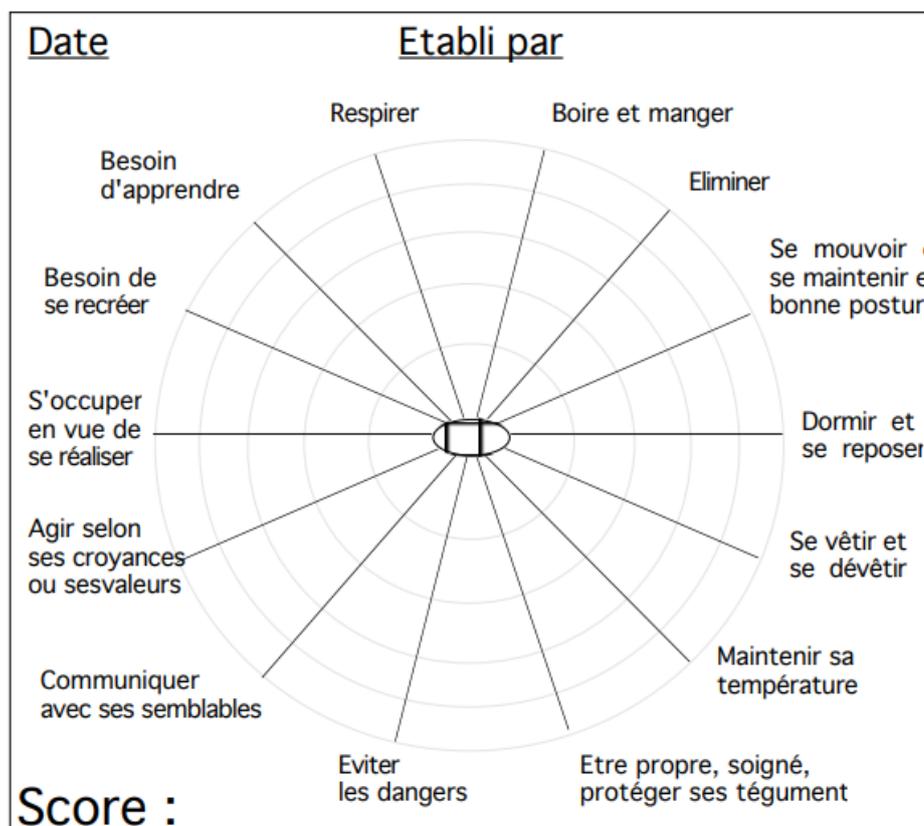
AXE 5 : Soutien aux aidants et aux personnes

Intitulé de l'action	P2- Action 5-2 - Extension des capacités des SAMSAH OU Equipe mobile d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychique (H2)
Constats	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Des personnes souffrant de troubles psychiques à domicile montrant des difficultés à organiser et conduire leur vie personnelle et ne disposant pas du soutien nécessaire à la réalisation de leur projet de vie, dans une dynamique d'insertion sociale. ⇒ Des difficultés d'insertion sociale mettant à mal le rétablissement des personnes ⇒ Une offre d'accompagnement médico-social à destination de ces personnes limitées : <ul style="list-style-type: none"> ○ 8 SAMSAH dont 2 SAMSAH Psy (Nord et Sud) d'une capacité totale de 43 places ○ Des listes d'attente importantes en SAMSAH ○ Des SAMSAH « non spécialisés » ne disposant pas de l'outillage nécessaire pour la prise en charge de cette population, ayant une double situation de handicap ○ (Si H2) Des possibilités d'extension des places de SAMSAH existants contraintes par les appels à projets en cours
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la dynamique d'insertion sociale des personnes souffrantes de troubles psychiques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées, ○ Favoriser ou restaurer les liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels, ○ Faciliter l'accès des personnes à l'ensemble des services offerts par la collectivité, • Réduire les risques de dégradation de la santé mentale et les ré hospitalisations • Soutenir les aidants dans l'accompagnement leurs proches • Disposer d'une offre de soutien et d'accompagnement des projets de vie suffisante et avec les étayages psychiatriques requis
Publics cibles	Adultes en situation de handicap psychique et indirectement leurs aidants
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques vivant à domicile (logement, vie sociale et familiale, citoyenneté, accès aux soins...) • Réduction du nombre de ré hospitalisations
Indicateurs de résultat	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de protocoles d'accompagnement personnalisés • Nombre de projets personnalisés réalisés • Evolution du nombre de jour d'hospitalisation • Evolution du nombre de ré hospitalisations • Durée moyenne d'accompagnement • Satisfaction des personnes et des familles

Annexe 9 : la pyramide issue de la théorie de Maslow (1943)



Annexe 10 : le diagramme « Les 14 besoins fondamentaux des personnes en situation de troubles psychiques (le schéma se lit de « respirer » à « besoin d'apprendre »), Virginia Henderson (1947)



Annexe 11 : les caractéristiques de la zone d'intervention du SAMSAH Ensemb

Caractéristiques de la zone d'intervention du SAMSAH

Le SAMSAH ENSEMB intervient sur la zone nord du département, cette zone recouvre trois communes : Saint-Denis, Sainte-Marie et Sainte-Suzanne.

Principales caractéristiques de ces trois zones d'intervention :

	Saint-Denis (97400)	Sainte- Suzanne (97441)	Sainte- Marie (97438)	Zone d'intervention du SAMSAH
Superficie (en Km ²)	142,8	58,8	87,21	288,81
Population (en 2009, INSEE)	145 209	29 951	31 204	206 364
Densité de population (hab./km ²) (en 2009, INSEE)	1 016	381	348,2	-
Présence d'un CMP ?	oui (2)	Non	oui (1)	3
Distance du CMP le plus proche	-	12 km	-	-
Présence d'un CATTP ?	oui (2)	Non	Non	2
Présence d'un Hôpital de jour ?	oui (2)	Non	oui	3
Nombre de psychiatres libéraux	7	0	0	7
Nombre de psychologues	29	1	0	30
Nombre de médecins traitants	148	11	22	181
Nombre d'infirmiers libéraux	149	23	23	195
Hôpitaux	2	0	0	2
Cliniques	3	0	0	3

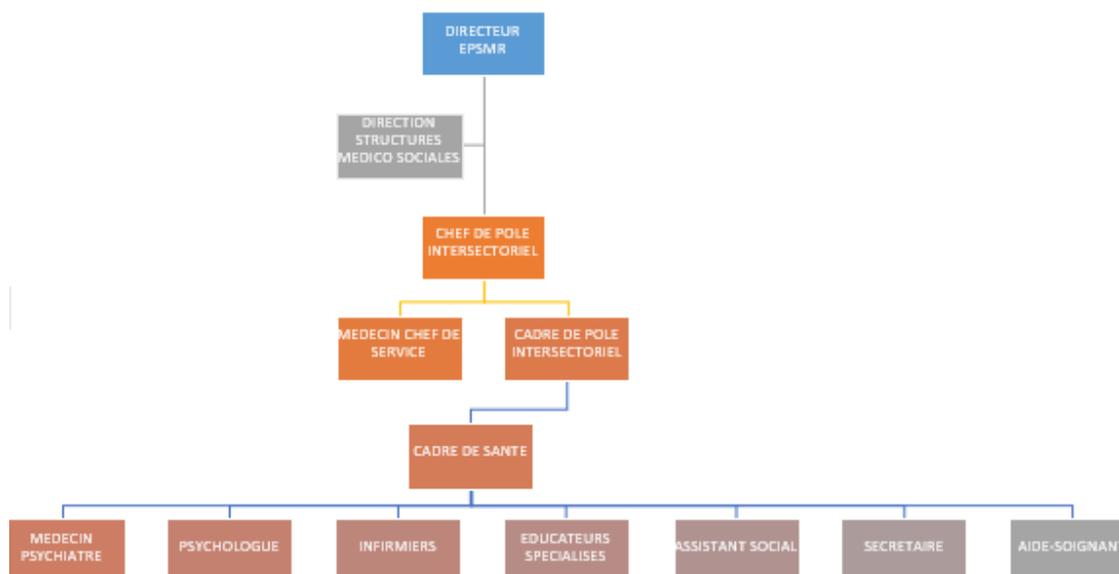
Annexe 12 : la fiche signalétique du SAMSAH Ensemb

Raison sociale	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
Organisme gestionnaire	Etablissement public de santé mentale de la Réunion
Identité	SAMSAH ENSEMB
Références FINESS	
N° FINESS juridique	97 040 848 0
Code catégorie établissement	445 Service d'accompagt médico-social pour adultes handicapés
Code discipline d'équipement	510 Accompagnement médico-social pour adultes handicapés
Code mode de fonctionnement	16 Prestation en milieu ordinaire
Code catégorie de clientèle	205 Déficience du psychisme
Autorisation de création	
Autorisation	N° 125/ARS/2011
Capacité ancienne	20 places
Autorisation d'ouverture	01/09/2011
Document transmis à l'ARS à la demande d'ouverture	Projet de service, Livret d'accueil Document individuel de prise en charge Contrat personnalisé d'accompagnement Règlement de fonctionnement Forme de participation du bénéficiaire, (...) Eléments budgétaires, Tableau des effectifs.
Date de visite de conformité	31/08/2012
Date d'ouverture	01/10/2012
Autorisation d'extension	
Autorisation	N° 54/ARS/2013
Capacité nouvelle	23 places
Eléments de tarification	
Mode de tarification	09 ARS PCG mixte HAS
Nbr de jours d'ouverture annuels	250
Mode de financement	Prix de journée annualisé
Département	
Mode de financement CGSS	Dotation globale
Budget (2015)	642 000 €
Localisation	
Commune INSEE	9D 411 SAINT-DENIS
Adresse	Bat A Rez de chaussée Résidence Halley 1 rue Camille VERGOZ 97400 Saint-Denis
Zone d'intervention	Zone nord Département de la Réunion Saint-Denis, St Marie, St-Suzanne
Cordonnées	Tél. 0262 97 95 95 Fax 0262 51 09 40 Samsah-ensem@epsmr.org

Annexe 13 : le tableau d'ETP (Equivalent Temps Plein) du SAMSAH Ensemb

Catégorie	Métier	Equivalent Temps Plein	Date d'entrée au SAMSAH
Cadres	Psychiatre	0.2	2012 ⁷³
	Chef de service	1	04/2021
Sous-total	Cadres	1,2	
Gestion-Administration	Assistante Administrative	1	2012
Sous-total	Gestion-Administration	1	
Equipe Socio-éducative & de soin	Aide-Soignant	1	2012
	Infirmières	2	2012/2022
	ASS	1	2016
	Educatrice Spécialisée	2	2018
	Psychologue	0.2	07/2021
Sous-Total	Equipe socio-éducative et soignante	6.2	
TOTAL Personnel		8,4 ETP	

Annexe 14 : l'organigramme actuel du SAMSAH Ensemb



⁷³ Le psychiatre est à l'origine de création du SAMSAH, en 2012

Annexe 15 : les missions des professionnels du SAMSAH Ensemb

Le médecin psychiatre (qui est à l'origine de la création du SAMSAH Ensemb en 2012) est garant du parcours de soins. Il coordonne l'équipe médico-sociale et veille à la continuité des soins pour les personnes accompagnées. La promotion globale de la santé et d'observance du traitement est un domaine d'action fondamentale dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Elle constitue le socle incontournable de stabilisation de l'humeur de la personne et de ses capacités relationnelles et d'apprentissage.

Le chef de service est responsable de l'organisation de l'équipe médico-sociale. Il coordonne le travail de l'équipe pluridisciplinaire, et de l'activité du service. Il anime les réunions d'équipe, et de fonctionnement du personnel. La psychologue reçoit en entretien au sein du SAMSAH ou se rend auprès des personnes (pour celles qui en font la demande). Elle participe aux différentes réunions et apporte un regard clinique. L'infirmière assure la coordination des soins auprès des différents acteurs de santé et des membres de l'équipe. Pour que le projet de vie soit pérenne, la continuité des soins est indispensable. L'aide-soignant, en collaboration avec l'ensemble de l'équipe, accompagne, conseille, et informe dans le cadre des actions de prévention de la santé. S'il intervient à domicile dans les différents actes de la vie au quotidien, il ne s'agit pas de faire « à la place de » mais de guider les personnes dans la gestion du budget, des achats alimentaires... L'éducatrice spécialisée intervient souvent en binôme avec l'assistant de service social pour soutenir les personnes dans leurs démarches (administratives, juridiques, budgétaires...).

Annexe 16 : le logigramme de la personne accompagnée

- 1) En premier lieu la préadmission durant laquelle le chef de service explique les missions du SAMSAH et recueille la volonté de la personne et/ou son représentant légal à être accompagnée par le service ;
- 2) Puis l'admission avec la signature du Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) qui lie la personne et le SAMSAH, la remise du livret d'accueil qui comporte le règlement de fonctionnement, la charte de l'utilisateur en santé mentale, la charte des droits et libertés de la personne accueillie et enfin le règlement intérieur ; A date, la charte de l'éthique et de la bientraitance n'apparaît pas dans ces documents
- 3) Une évaluation pluridisciplinaire permet par la suite d'identifier les besoins et les capacités d'autonomie dans les domaines de la santé, de la vie sociale, du logement, de la vie quotidienne, de l'insertion professionnelle basée dans un premier temps sur une période d'observation ;
- 4) En parallèle, une synthèse des besoins et des demandes est réalisée en équipe pluridisciplinaire, animée par le chef de service et en présence du psychiatre ;

5) Enfin, l'élaboration du PAI détaille l'aide et les objectifs d'accompagnement à mettre en œuvre par le service. Ce PAI est révisé une première fois au bout de 6 mois puis tous les ans.



Annexe 17 : les nomenclature des besoins SERAFIN PH

Nomenclature des besoins

<p>1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de santé somatique ou psychique</p> <p>1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux</p> <p>1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles</p> <p>1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur</p> <p>1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire</p> <p>1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire</p> <p>1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne</p> <p>1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives</p> <p>1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices</p> <p>1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées</p> <p>1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé</p>	<p>1.3 - Besoins pour la participation sociale</p> <p>1.3.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté</p> <p>1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté</p> <p>1.3.2 - Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques</p> <p>1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement</p> <p>1.3.2.2 - Besoins pour accomplir les activités domestiques</p> <p>1.3.4 - Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport</p> <p>1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale</p> <p>1.3.4.2 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport</p> <p>1.3.3 - Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux</p> <p>1.3.3.1 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante</p> <p>1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l'emploi</p> <p>1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d'apprentissages</p> <p>1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle</p> <p>1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant</p> <p>1.3.5 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique</p> <p>1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique</p>
<p>1.2 et 1.2.1 - Besoins en matière d'autonomie</p> <p>1.2.1.1 - Besoins en lien avec l'entretien personnel</p> <p>1.2.1.2 - Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui</p> <p>1.2.1.3 - Besoins pour la mobilité</p> <p>1.2.1.4 - Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité</p>	

Annexe 18 : les nomenclature des prestations SERAFIN PH

<p>Niveau 2</p> <p>2.1 - Prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles</p>	<p>2.2 et 2.2.1 - Prestations en matière d'autonomie</p> <p>2.2.1.1 - Accompagnements pour les actes de la vie quotidienne</p> <p>2.2.1.2 - Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui</p> <p>2.2.1.3 - Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité</p>
<p>Niveau 3</p> <p>2.1.1 - Soins somatiques et psychiques</p> <p>2.1.1.1 - Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative</p> <p>2.1.1.2 Soins techniques et de surveillance infirmiers ou délégués</p>	<p>2.3 - Prestations pour la participation sociale</p> <p>2.3.1 - Accompagnements pour exercer ses droits</p> <p>2.3.1.1 - Accompagnements à l'expression du projet narcissité</p> <p>2.3.1.2 - Accompagnements à l'exercice des droits et libertés</p> <p>2.3.2 - Accompagnements au logement</p> <p>2.3.2.1 - Accompagnements pour vivre dans un logement</p> <p>2.3.2.2 - Accompagnements pour accomplir les activités domestiques</p> <p>2.3.3 - Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux</p> <p>2.3.3.1 - Accompagnements pour mener sa vie d'élève, d'étudiant ou d'apprenti</p> <p>2.3.3.2 - Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.3 - Accompagnements pour mener sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.4 - Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées</p> <p>2.3.3.5 - Accompagnements de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle</p> <p>2.3.3.6 - Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance</p>
<p>Niveau 4</p> <p>2.1.1.3 - Prestations des psychologues</p> <p>2.1.1.4 - Prestations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie</p> <p>2.1.2 - Rééducation et réadaptation fonctionnelle</p> <p>2.1.2.1 - Prestations des auxiliaires médicaux, des instructeurs en locomotion et avéistes</p>	<p>2.3.4 - Accompagnements pour participer à la vie sociale</p> <p>2.3.4.1 - Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage</p> <p>2.3.4.2 - Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs</p> <p>2.3.4.3 - Accompagnements pour le développement de l'autonomie pour les déplacements</p> <p>2.3.5 - Accompagnements en matière de ressources et d'autogestion</p> <p>2.3.5.1 - Accompagnements pour l'ouverture des droits</p> <p>2.3.5.2 - Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources</p> <p>2.3.5.3 - Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protections des adultes</p>
	<p>2.4 et 2.4.1 Prestation de coordination renforcée pour la cohérence du parcours</p>

Annexe 19 : la charte de la personne handicapée « Romain Jacob » pour l'accès à la santé

Charte Romain JACOB

Pour l'accès à la santé des personnes handicapées à La Réunion

Conformément aux conclusions du rapport remis par Pascal JACOB à la ministre des affaires sociales et de la santé, et aux priorités fixées par le Projet Régional de Santé 2012-2016 de l'Agence de Santé de l'Océan-Indien, les représentants des personnes handicapées ainsi que les acteurs des secteurs hospitalier, médico-social et ambulatoire de La Réunion se sont rassemblés pour établir la présente charte.

Celle-ci s'inscrit dans les orientations des politiques publiques, portées par de nombreuses lois, en faveur de l'insertion sociale et de la pleine citoyenneté des personnes handicapées. Ses objectifs seront déclinés en conventions opérationnelles.

Conscients que la santé est un droit fondamental de la personne humaine, et que le handicap peut encore être source de questionnements voire de peurs, et d'obstacles aux soins, les signataires de la présente charte expriment leur détermination au service de l'accès à la santé des personnes handicapées, et à la coordination et fluidité des parcours de santé.

Ils entendent ainsi contribuer à l'amélioration, pour tous, de la qualité des soins et à l'égal accès de tous à la santé.

(La dénomination « personne handicapée » est celle retenue par la loi ; est également proposée aux lecteurs de la présente charte l'appellation « personnes en situation de handicap » afin que soient pris en compte le cadre de vie, l'environnement et l'organisation sociale, eux même créateurs de handicaps.)

Article 1^{er} - Exprimer les besoins

Conscients de la complexité des obstacles rencontrés par les personnes handicapées dans l'accès à la santé, et de l'impératif d'une connaissance partagée, les signataires assurent le recueil, et la transmission aux autorités publiques compétentes, des besoins identifiés à La Réunion. Ce recueil privilégie l'expression directe des personnes handicapées et peut être complété par d'autres sources telles que des enquêtes et des études régionales.

Les signataires s'engagent à faciliter la connaissance par les personnes handicapées des dispositifs existants en leur faveur. Ils s'assurent à cet effet de l'information de leurs adhérents et professionnels

Article 2 - Organiser l'accès aux soins et à la prévention

Les signataires, représentant les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, contribuent à l'accessibilité à la santé des personnes handicapées en veillant à l'adaptation de leurs investissements et équipements, à la qualité de l'accompagnement et de la communication dans les soins, à la formation des personnels, et à la coordination de leurs interventions.

Une vigilance particulière est portée à la prévention et la promotion de la santé, et à l'éducation thérapeutique, afin de permettre aux personnes handicapées d'être actrices de leur santé. Les signataires veillent à mobiliser des supports d'information adaptés, tenant compte des déficiences des personnes handicapées.

Article 3 - Valoriser l'accompagnement

Les signataires reconnaissent le rôle essentiel des aidants, des familles, des proches, dans l'accompagnement quotidien des personnes handicapées et dans leur accès à la santé. Ils veillent à les associer, dans le respect des droits des patients, à la prise en charge médicale et soignante des personnes handicapées.

Les signataires reconnaissent le rôle des associations représentant les personnes handicapées pour l'amélioration continue de la qualité des parcours de santé. Ils s'engagent à faciliter leur expression et leur participation.

Article 4 - Faciliter et développer l'accès aux soins ambulatoires

Les signataires s'engagent à favoriser l'accessibilité des soins ambulatoires aux personnes handicapées.

Ils soutiennent ainsi l'organisation des rendez-vous et consultations, et l'identification, en lien avec les organisations professionnelles libérales, des professionnels de santé dont la pratique favorise l'accessibilité aux soins pour les personnes handicapées.

Ils s'accordent sur la complémentarité nécessaire, par discipline et par zone géographique, entre l'offre de soins ambulatoire et le recours aux plateaux techniques et aux professionnels hospitaliers.

Ils informent les personnes handicapées, et leur entourage, de ces organisations.

Article 5 - Prévenir et adapter l'hospitalisation

Les signataires facilitent, quand elle est nécessaire, l'hospitalisation des personnes handicapées au travers notamment de la mobilisation de moyens spécifiques comme l'aménagement des chambres, l'adaptation de l'organisation des rendez-vous, consultations et examens, et la limitation des déplacements et des temps d'attente. L'accueil, la coordination et le suivi du parcours de la personne handicapée, durant son hospitalisation, doit faire l'objet de protocoles.

Les signataires de la Charte s'engagent à faire appel, autant que de besoin, à l'hospitalisation à domicile, afin de prévenir, ou de raccourcir, l'hospitalisation en établissement.

Dans le cadre d'une hospitalisation, les offreurs de soins s'engagent à communiquer régulièrement avec les accompagnants professionnels, les aidants, les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et le médecin traitant, dans le respect des droits du patient.

Article 6 - Améliorer le recours aux urgences

Les établissements hospitaliers s'engagent à faciliter l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées dans les services d'urgence, somatiques et psychiatriques, notamment par l'accès direct et la définition de critères de priorité de prise en charge.

Les établissements hospitaliers associent, dans le respect des droits des patients, les accompagnants des personnes handicapées afin de favoriser la communication et l'adaptation des soins.

Ils organisent des formations et sensibilisations à destination des professionnels de l'urgence.

Article 7 - Intégrer la santé au parcours de vie des personnes handicapées

Les signataires, et notamment ceux représentatifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux, s'assurent, dans leurs accompagnements quotidiens, individuels et collectifs, de la prise en compte de la santé comme un élément constitutif de l'autonomie et de la citoyenneté des personnes handicapées.

Ils participent à l'accès à la prévention et aux dépistages, aux actions de promotion de la santé, et à l'accompagnement vers les soins.

Ils forment leurs personnels, soignants ou non-soignants, à la prise en compte de la santé comme dimension incontournable de l'accompagnement des personnes handicapées.

Article 8 - Faciliter le recours aux Technologies de l'Information et de la Communication

Les signataires s'engagent à faciliter le recours aux nouvelles technologies afin de développer des programmes régionaux de télémédecine pour l'accès aux soins des personnes handicapées. La mise en place d'un dossier partagé du patient et de l'utilisateur, outil au service de la coordination et du parcours de la personne handicapée, est prioritaire.

Article 9 - Construire une culture professionnelle commune

Les signataires de la Charte s'engagent à systématiser les actions communes de formation et de sensibilisation au handicap auprès de leurs professionnels et adhérents. Ils organisent notamment des sessions d'accueil mutuel et croisé des professionnels au sein des établissements et services sociaux, médico-sociaux, et des établissements de santé.

Article 10 - Mettre en œuvre et évaluer la présente charte

Les signataires s'accordent sur la nécessité de construire, au regard de chacun des objectifs de la présente charte, des outils partagés et concrets, fondés sur la reconnaissance réciproque des compétences, des aptitudes, mais également des contraintes de chacun, et favorisant la fluidité des parcours de santé.

Ils se réunissent annuellement, au travers d'un comité de la Charte, pour partager l'évaluation de leurs actions.

Ils communiquent leurs travaux et conclusions aux autorités publiques compétentes et à la Conférence de Santé et de l'Autonomie de La Réunion.

Ils favorisent l'adhésion à la présente charte des acteurs de santé et des représentants des personnes handicapées.

Fait à Saint-Denis, le 16 juin 2014,

Monsieur Pascal JACOB

Monsieur Christian BONNEAU
Délégation Régionale de la Fédération
des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)

Monsieur Jean Claude FRUTEAU
Délégation Océan Indien
de la Fédération Hospitalière de France (FHF OI)

Monsieur Aimery DELEFLIE
Délégation Océan Indien
de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

Madame Ségolène BERNARD
Délégation Régionale de la Fédération Nationale
des Établissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)

Madame Muriel RODDIER
Fédération des Réseaux de Santé Océan Indien

Docteur François RHAMANI
Union Régionale des Médecins Libéraux (URML OI)

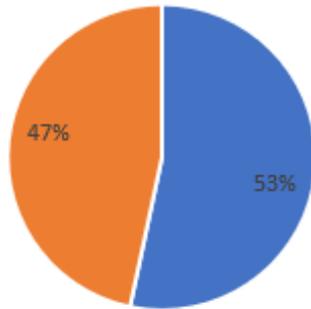
Madame Odile LHUILLIER
Union Régionale des Infirmiers Libéraux (URPS INF OI)

Monsieur Cédric PEDRE
Instance Régionale d'Éducation
et Promotion de la Santé de La Réunion (IREPS)

Annexe 20 : les schémas TDB ANAP profils de personnes accompagnées en 2020

File active par sexe 2020

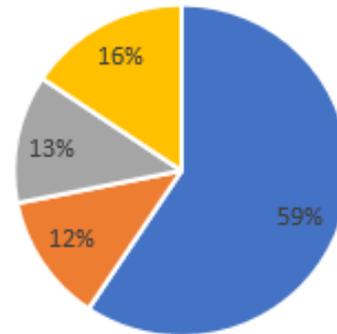
base de 30 personnes



■ Femme ■ Homme

File active par âge 2020

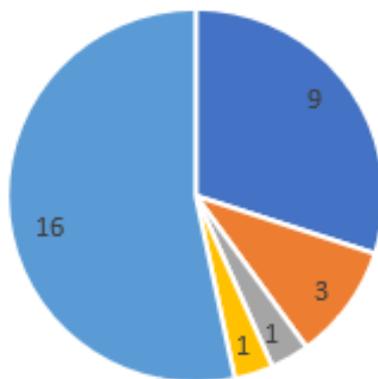
base de 30 personnes



■ 20-29 ans ■ 30-39 ans ■ 40-49 ans ■ 50-59 ans

Troubles associés aux troubles principaux en 2020

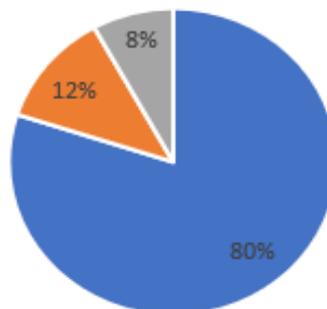
base de 30 personnes



■ troubles du comportement et de la communication
■ troubles intellectuels
■ troubles auditifs
■ troubles du langage et de l'apprentissage
■ sans troubles associés

File active par troubles principaux en 2020

base de 30 personnes



■ troubles schizophrènes ■ troubles bipolaires ■ autres troubles

Annexe 21 : la répartition MDPH par âge (2018)

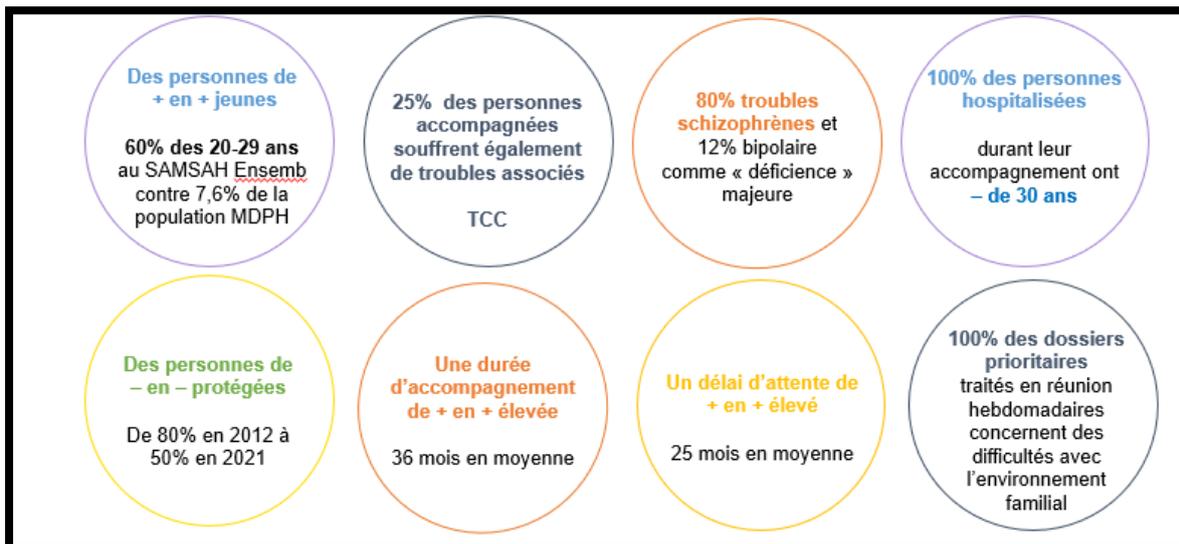
 Tableau 6- POPULATION MDPH 2018 (par âge) (en nombre de personnes)		TOTAL	0-10	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 +
ville												
EST	BRAS PANON	800	4,25%	10,36%	6,36%	10,85%	13,30%	27,79%	17,06%	7,39%	2,33%	0,31%
	LA PLAINE DES PALMISTES	369	8,13%	14,35%	7,30%	11,90%	16,69%	21,44%	14,51%	4,07%	1,34%	0,28%
	SALAZIE	450	7,55%	12,21%	8,64%	7,98%	15,00%	26,55%	15,86%	5,34%	0,88%	0,00%
	ST ANDRE	3509	5,01%	10,57%	7,17%	10,87%	15,84%	26,92%	16,83%	4,56%	1,93%	0,29%
	ST BENOIT	2432	4,93%	11,63%	7,35%	10,79%	14,92%	27,97%	16,59%	4,37%	1,33%	0,11%
	STE ROSE	345	1,74%	10,42%	6,94%	9,53%	13,81%	27,77%	20,19%	6,87%	2,42%	0,30%
	Sous total EST	7906	5,06%	11,14%	7,22%	10,67%	15,21%	27,09%	16,76%	4,91%	1,72%	0,22%
HORS-REUNION	HORS-REUNION	856	7,24%	17,40%	16,67%	12,58%	16,12%	19,00%	8,69%	1,79%	0,45%	0,06%
NORD	ST DENIS	856	7,24%	17,40%	16,67%	12,58%	16,12%	19,00%	8,69%	1,79%	0,45%	0,06%
	STE MARIE	9107	4,71%	7,96%	7,36%	9,90%	15,80%	27,09%	16,96%	6,52%	3,21%	0,50%
	STE SUZANNE	1960	6,63%	8,51%	8,05%	11,66%	14,24%	27,08%	16,98%	4,57%	1,99%	0,30%
	Sous total NORD	1346	4,16%	9,06%	7,64%	9,94%	17,15%	29,26%	17,42%	4,14%	1,01%	0,22%

Annexe 22 : le résumé des spécificités et profils des personnes accompagnées au SAMSAH Ensemb

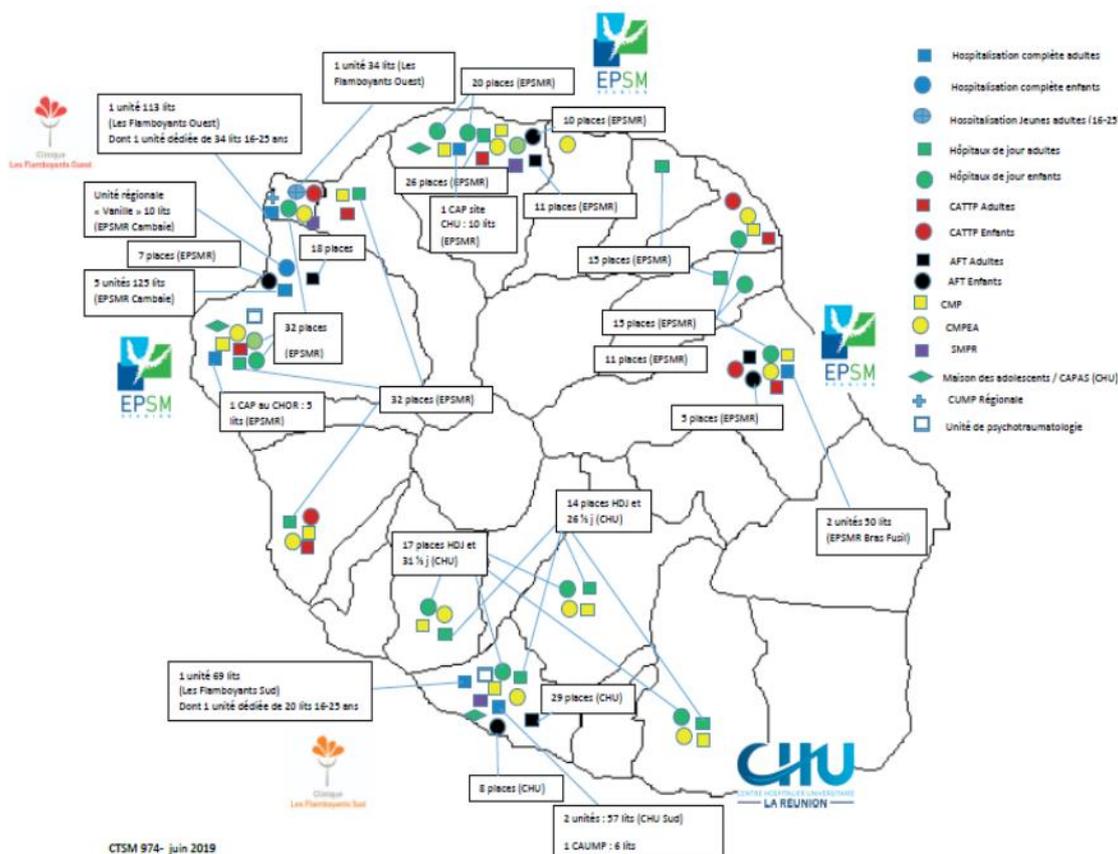
- Des troubles variables, intermittents et évolutifs⁷⁴ ;
- Sans déficience intellectuelle et seuls des troubles cognitifs peuvent être associés notamment des difficultés de mémorisation, planification, organisation spatiale et temporelle, de façon temporaire ou permanente ;
- Un besoin d'un suivi médical régulier qui permet au-delà du soin d'anticiper l'imprévisibilité ;
- Victime de stigmatisation et de rejet notamment vers l'emploi et le logement ;
- Souvent en rupture de lien social et isolées ;
- Vulnérabilité possible, surtout quand la personne traverse un événement difficile ;
- Incapacité pour la personne à demander de l'aide, « non-demande », à cause de facteurs personnels ou environnementaux (comme un manque d'adéquation entre les besoins de la personne et l'accompagnement proposé) ;
- Difficulté pour la personne à accepter les troubles et leurs conséquences ;
- Difficulté pour la personne à initier ou faire l'action (« ils formulent parfois, mais ne passent pas pour autant à l'action ») ;
- Parfois, altération du rapport à la réalité ;

⁷⁴ Rapport final du Professeur PASSERIEUX Juillet 2011 / Appel à projets de recherche 2008 « Handicap psychique, autonomie, vie sociale » DREES-MiRe, CNSA

- Un manque de motivation, d'initiative perçu par l'entourage et les professionnels ;
- Une faible estime de soi et un risque d'auto-sabotage ;
- Une pathologie de la relation possible avec soit une indifférence affective voir un manque de confiance dans la relation à l'autre, soit une dépendance affective.



Annexe 23 : l'implantation territoriale de l'offre sanitaire et médico-sociale en santé mentale



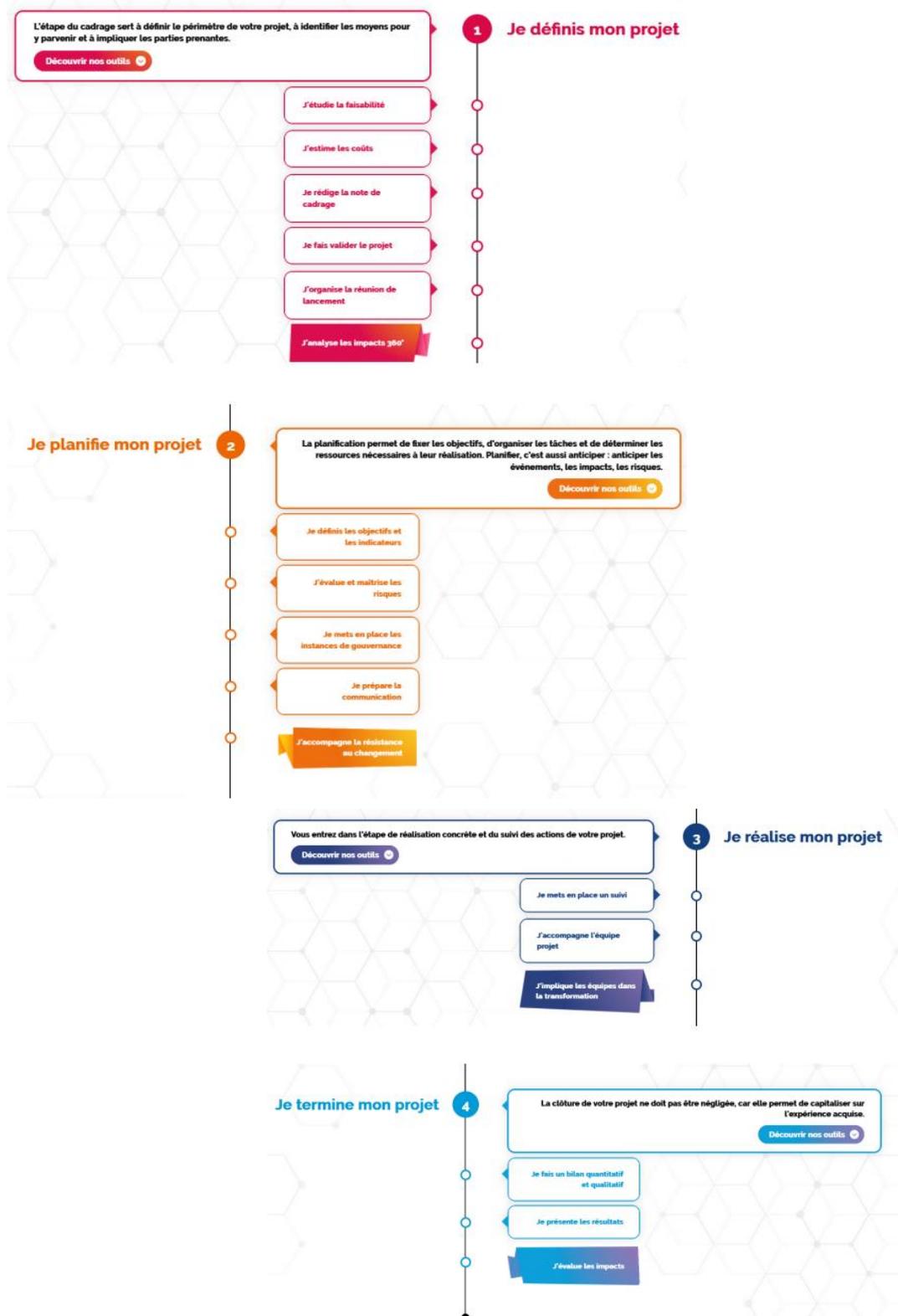
Annexe 24 : l'évolution des orientations MDPH SAMSAH-SAVS

⊕ Au 31/12/2018, on comptabilise **1289 ORIENTATIONS** vers un service médico-social pour adultes

Évolution des orientations en service médico-social pour adultes, 2007-2018

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2007-2012	2013-2016	2016-2018
SAVS	-	48	90	163	245	414	566	589	523	474	598	756	796	63,80%	1,37%	15,42%
SAMSAH	-	2	6	32	125	219	374	463	406	385	467	533	623	184,69%	5,72%	15,46%

Annexe 25 : les 4 étapes de gestion de projet de l'ANAP



Annexe 26 : les 4 hypothèses de changement et leurs scénarios

- 1- Hypothèse de changement « prévisible » : scénario indiquant ce qui risque d'intervenir si aucune décision nouvelle n'est prise → augmentation des hospitalisations des personnes et des aidants, durée des accompagnements en augmentation et rallongement de la file d'attente.
- 2- Hypothèse de changement « souhaitable » : les objectifs visés, le projet à réaliser, les choix stratégiques à prendre → mise en place d'une nouvelle offre de prestations axées sur le rétablissement des jeunes adultes qui profitera également à toutes les autres personnes accompagnées.
- 3- Hypothèse de changement « plausible » : les résultats escomptés si le plan d'actions possibles est retenu → une baisse des hospitalisations et une inclusion sociale améliorée.
- 4- Hypothèse de changement « probable » : la situation souhaitable et plausible deviendra probable si des décisions précises permettent d'appliquer le plan d'actions possibles → garantir la continuité de parcours des personnes accompagnées.

Annexe 27 : grille de pré diagnostic du changement de l'ANAP

	Faible	Moyen	Fort	
Organisation	Y a-t-il de nouveaux modes opératoires à suivre (process, enchaînement des tâches) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Y a-t-il une évolution du rythme de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Y a-t-il une évolution du niveau de responsabilité des collaborateurs impactés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Y a-t-il une évolution en termes de maîtrise de l'information ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Métier	Y a-t-il une évolution des tâches quotidiennes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Y a-t-il une suppression ou création de nouveaux métiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Y a-t-il de nouvelles connaissances et compétences à acquérir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Le poste de travail évolue t-il ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outils	Les outils évoluent-ils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Les outils, notamment informatiques sont ils remplacés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Certaines activités sont-elles automatisées ou informatisées ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les indicateurs de performance et de résultat évolueront-ils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Culture	Le changement va-t-il remettre en cause la culture d'entreprise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Le mode d'animation d'équipe va-t-il évoluer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Y a-t-il des changements d'interlocuteurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Y a-t-il un changement de posture attendu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Annexe 28 : l'architecture de l'évaluation TDB ESMS ANAP

<ol style="list-style-type: none"> 1. Les profils des personnes accompagnées correspondent-ils aux missions de l'ESMS? 2. Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS? 3. Quel est le positionnement de l'ESMS dans le parcours de la personne? 4. Quel est le niveau d'activité de l'ESMS? 5. Quelle est la dynamique de rotation des places au sein de l'ESMS? 	Prestations, soins et accompagnement
<ol style="list-style-type: none"> 6. Quelle est l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS sur le cœur de métier? 7. L'organisation est-elle structurée et stable? 	Ressources humaines et matérielles
<ol style="list-style-type: none"> 8. Quel est le niveau d'exécution budgétaire? 9. Quels sont les grands équilibres financiers? 10. Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par groupe? 11. Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire? 	Finances et budget
<ol style="list-style-type: none"> 12. Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS? 13. Quel est l'état des lieux de la fonction « systèmes d'information » au sein de l'ESMS? 	Objectifs

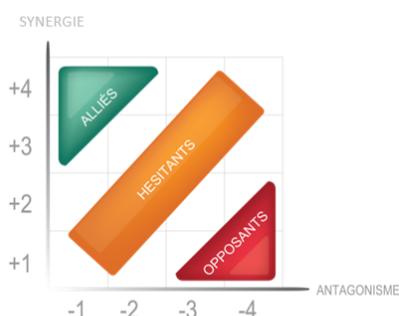
Source : ANAP

Annexe 29 : les principales causes de résistance et ses 3 sources

1. Les causes individuelles liées à la personnalité de l'individu (changer = situation génératrice d'anxiété, de méfiance justifiée) ; aux questions inévitables sur les raisons du changement et qui peuvent renvoyer à des problématiques personnelles ; à la perte des points de repère antérieurs (spatiaux, temporels, comportementaux, relationnels) ;
2. Les causes structurelles et conjoncturelles liées aux conditions de travail ; au nouveau fonctionnement organisationnel de la structure ; au climat social ; à la manière d'introduire le changement ;
3. Les causes collectives d'origine informelle en raison des normes du groupe ; des rites ; de l'existence de stéréotypes ; de systèmes de valeur collectifs (ce qui est bien ou non, souhaitable ou pas,...) ; liées à l'existence de groupes formels comme les syndicats, les groupes statutaires, corporatistes et catégoriels.

Les causes collectives et structurelles ou conjoncturelles sont souvent le déclencheur des causes individuelles.

Annexe 30 : cartographie des partenaires de l'ANAP



Les Alliés représentent 10% des acteurs au démarrage d'un projet. Ils ne s'organisent pas naturellement en collectif, ils sont peu visibles et leur voix est peu représentée.

Les Hésitants représentent 80% des acteurs au démarrage d'un projet. Ils tendent à basculer dans les alliés ou les opposants en fonction des réponses qu'ils obtiendront à leurs conditions d'adhésion. Ils sont la cible prioritaire des transformations et représentent ainsi un réel levier d'action.

Les opposants représentent 10% des acteurs au démarrage d'un projet. Ils ont une capacité naturelle à s'organiser et se faire entendre, ce qui leur permet de rallier un certain nombre d'hésitants avec eux.

Annexe 31 : la stratégie des alliés de l'ANAP

ANAP
appui santé & médico-social

Stratégie des alliés

Bonnes pratiques

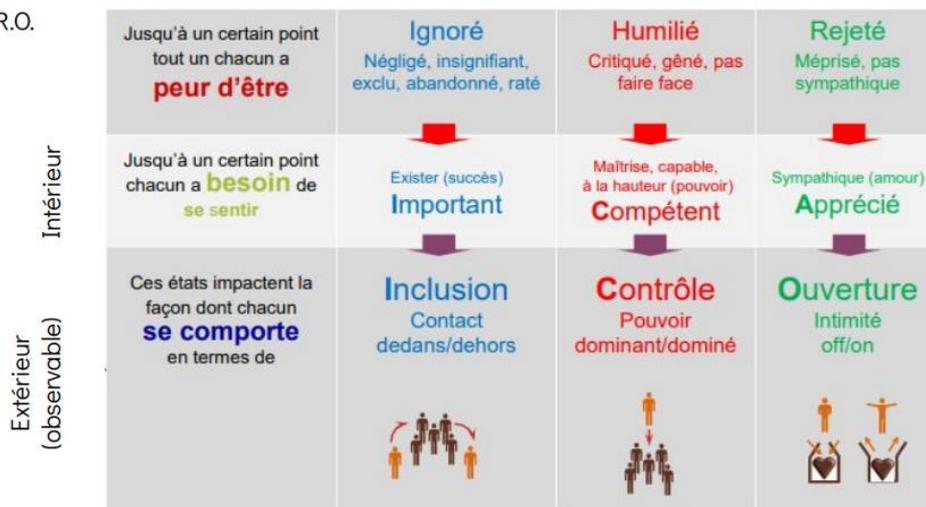
Comment agir avec les Alliés ?	Comment agir avec les Hésitants ?	Comment agir avec les opposants ?
<p>Écouter, valoriser et connecter les alliés entre eux.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Donner des responsabilités à la hauteur de leurs engagements. ✓ Faire travailler les alliés entre eux. ✓ Valoriser les alliés auprès des autres acteurs. ✓ Rester vigilant à ne pas les démotiver. 	<p>Cible prioritaire, il faut aller les chercher pour identifier leurs freins, et surtout traiter leurs conditions d'adhésion pour les rallier au projet.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pratiquer l'écoute active pour identifier leurs conditions d'adhésion. ✓ Tenir compte de leurs avis. ✓ Aller chercher individuellement les personnes passives. ✓ Connecter les hésitants avec les alliés. 	<p>Limiter leur influence sans contester systématiquement leurs arguments.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recadrer évidemment si c'est nécessaire. ✓ Ne pas perdre trop de temps à convaincre un opposant.

➤ La stratégie des alliés doit être portée par un nombre croissant d'acteurs afin d'en assurer la réussite.
 ➤ Impliquez votre service RH, votre chef de projet, vos managers...
 ➤ Appuyez vous aussi sur les personnes positives qui ont des réseaux informels forts pour faire rayonner votre projet.

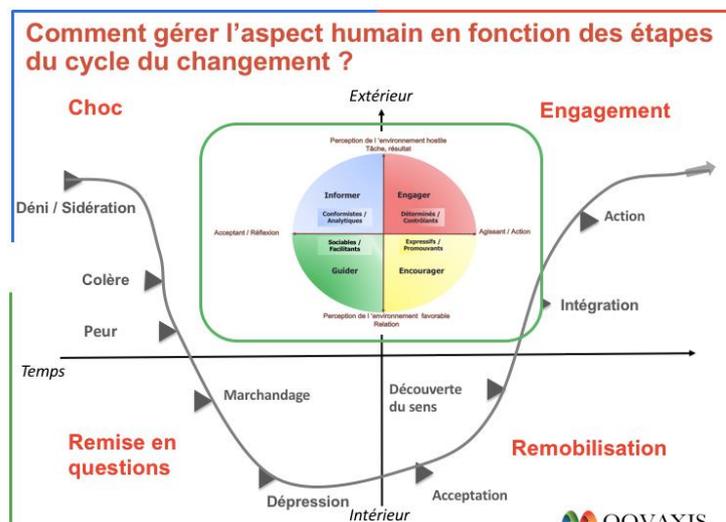
Annexe 32 : la théorie FIRO de Will Schutz

Orientation des relations interpersonnelles fondamentales*

*Théorie F.I.R.O.



Annexe 33 : les étapes du cycle du changement issue de la courbe du deuil d'E.Kubler Ross



**Annexe 34 : les leviers d'action, ressources innovantes et benchmarking aidants
(liste non exhaustive)**

- ❖ Le modèle FOCUS du groupe PREPSY pour assurer une veille professionnelle sur le case management avec notamment le cas du SAMSAH Dé-part's dédié à la réhabilitation
- ❖ Le guide « ReVim » qui est un carnet de rétablissement
- ❖ Le site www.seretablir.fr
- ❖ Le projet baromètre (outil collaboratif qui met en lumière les forces de la personne dans son environnement)
- ❖ Le plan de suivi personnalisé de l'équipe réhabilitation de Grenoble
- ❖ Devenir le pilote du développement de l'application Tigalis sur le territoire (Application pour le suivi à domicile de personnes souffrant de troubles psychiques)
- ❖ Le programme d'habitation aux soins

➔ Benchmarking tourné vers les aidants :

<https://www.ors-reunion.fr/kfe-collaboratif-sur-la-pair-aidance.html>

<http://handisoutien974.alefpa.asso.fr/les-aidants/appui-aux-aidants/>

<https://www.maisonperchee.org/proches>

<https://www.elan-retrouve.org/>

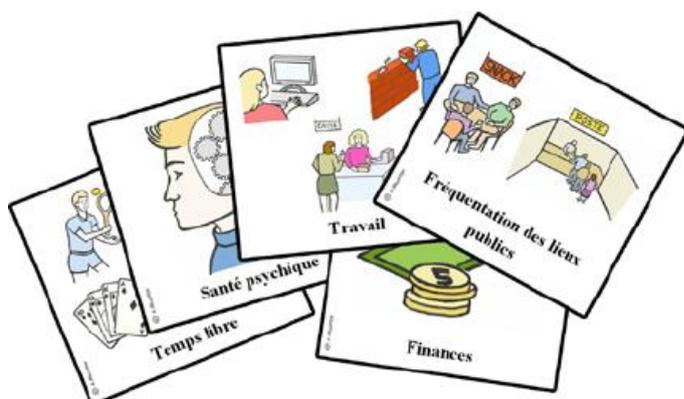
<https://www.maboussoleaidants.fr/>

<https://www.unafam.org/actualites/colloque-recherche-unafam-la-pair-aidance-une-pratique-en-plein-essor>

<https://www.aidonslesnotres.fr/le-role-de-laidant/etre-aidant-a-la-reunion-quelles-solutions-existent-pour-moi/>

Annexe 35 : l'outil ELADEB

Quelques cartes représentant les domaines de la vie quotidienne évalués :



Les 18 domaines évalués :

Pragmatique du quotidien	Vie relationnelle et réseau social	Sphère de la santé
1. lieu de vie	9. famille	13. alimentation
2. finances	10. enfants	14. hygiène personnelle
3. travail	11. relations sentimentales	15. état physique
4. temps libre	12. connaissances et amitiés	16. état psychique
5. tâches administratives		17. addiction
6. entretien du ménage		18. traitement
7. déplacements		
8. fréquentation des lieux publics		

Annexe 36 : l'affiche du programme BREF au centre hospitalier Le Vinatier de Lyon



Thème réinventer l'ETP : Programme « BREF » : l'éducation thérapeutique à destination des proches pendant l'hospitalisation

Dr R. REY, S. HEBBEN, A. VEHIER, G. CHESNOY-SERVANIN, A. CIABRINI, C. CLERO, V. DORION, Y. SOUCHET, C. LOURILOUX
Unité Polaire de Psycho-éducation (UPP) - Pôle Est - Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron, France
Contact: pole_est_upp@ch-le-vinatier.fr

Les objectifs :

- Motiver les proches à se faire aider
- Informer sur les dispositifs d'aide
- Développer l'alliance thérapeutique et individualiser l'accueil des familles
- Dédramatiser l'hospitalisation

Les indications :

- Toute personne ayant des relations proches avec la personne malade (aidant naturel)
- Avoir un proche hospitalisé souffrant de schizophrénie ou de pathologie apparentée sans forcément de diagnostic posé.

Le programme :

Composé de 3 séances d'une heure environ (une par semaine le plus souvent) que les participants s'engagent à suivre.

- **La première séance :** présentation, évaluation (échelles), histoire du proche par les participants, choix d'une image dans chaque pile (« aidant » et « personne malade ») par les participants.
- **Deuxième séance :** Traitement de l'image de la pile « personne malade », travail sur les signes cliniques, l'hospitalisation actuelle et des difficultés rencontrées par le proche malade.
- **Troisième séance :** Traitement de l'image de la pile « aidant », travail sur les ressentis vécus par l'aidant autour de la maladie, l'hospitalisation, les difficultés familiales. Information sur les réseaux d'aide, évaluation et bilan.

Un partenariat s'inscrivant dans une offre d'aide et de soins:

Le programme « BREF » a été construit conjointement par l'UPP et l'UNAFAM, après une phase de test, nous commençons son développement et le recueil d'indicateurs.

Ce programme s'inscrit dans une collaboration de longue date entre ces deux partenaires et s'inscrit dans un parcours proposé aux aidants de personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Le programme BREF permet un premier contact, une accroche. Le but est de renseigner les aidants sur les dispositifs existants, permettant ainsi d'amoinrir le fardeau ressenti et leur permettre d'avoir des outils adaptés dans cette période de vie difficile qu'ils traversent.

Il peut être poursuivi par un lien vers une association, la participation à des programmes d'informations (« formation troubles psychiques » par exemple) et, peut-être, mener jusqu'au programme « Profamille » (un programme de psychoéducation très complet se déroulant sur plus de 14 séances en 2 ans).





Annexe 37 : le Pair-Aidant Famille professionnel du CEAPSY

Le Pair-Aidant Famille professionnel

Mis en œuvre par Secteur 94616 des Hôpitaux de Saint-Maurice

enjeux

Le développement de la pair-aidance en santé mentale a mis en lumière la pertinence des savoirs-expérientiels dans l'accompagnement de personnes concernées par les troubles psychiques vers un réajustement. La professionnalisation de ces travailleurs pairs a permis de structurer ces métiers et de familiariser les acteurs du champ à leurs modalités d'intervention.

Le bénéfice des rapports de pair à pair s'observe de la même manière chez les proches aidants, notamment dans le cadre de démarches associatives bénévoles telles que l'Unafam ou le réseau Profamille. Toutefois, ces associations observent que le délai entre l'entrée du proche aidé dans un parcours de soin et l'accès des proches aidants à ces dynamiques d'entraide est encore trop long. En cause, une information peu visible sur les ressources dédiées aux proches aidants et une prise en charge qui n'intègre pas systématiquement l'entourage des patients.

contexte

En 2020, le Docteur Alain Cantara, chef du pôle 94616 (hôpitaux de St-Maurice, DHP d'Alfortville et DHP de Charenton...) a mis en place un poste de Pair Aidant Famille (PAF) pour accompagner les aidants de patients suivis au sein du pôle. Ce dispositif de pair aidance professionnelle pour les proches aidants est inédit en France et permet d'accompagner les publics confrontés à la complexité des troubles psychiques et à leurs retentissements : difficultés de communication, isolement, épuisement, perturbations dans la vie familiale...

Les accompagnateurs sont des professionnels, eux-mêmes parents d'un proche souffrant de troubles psychiques et qui emploient leurs savoirs expérientiels pour accompagner leurs pairs en individuel. En cela, cette démarche s'inscrit en complémentarité avec des dispositifs collectifs existants au sein du pôle comme la thérapie familiale ou le « Groupe Familias ».

PROBLÉMATIQUE

- > Comment inclure les proches aidants dès l'entrée de la personne concernée dans un parcours de soin ?
- > Qui sont les professionnels ressources pour les familles au sein du pôle ?

OBJECTIFS

- > Faciliter la compréhension du rôle du proche aidant et identifier les ressources accessibles
- > Accompagner le renforcement de l'alliance thérapeutique entre les équipes et la famille

LA PRATIQUE

1. MODALITÉS D'INTERVENTION DES « PAF »

Les accompagnateurs interviennent sur toutes les structures du pôle et soutiennent les proches aidants à travers :

- > L'écoute active et le soutien
- > L'aide à la compréhension des décisions médicales
- > Le partage de savoir expérientiel
- > Le conseil et l'orientation vers les ressources adaptées

2. CADRE DE L'ACCOMPAGNEMENT

- > Rencontres des proches aidants sur rendez-vous mais possibilité de rencontres spontanées sur demande des soignants
- > Entretiens uniques ou sur plusieurs séances
- > Permanences téléphonique et physique
- > Durées des séances : entre 1 et 2 heures
- > Mise en place d'objectifs à atteindre sous forme d'exercice : ex travailler le « lâcher-prise » pour des parents

3. RELATIONS AVEC LES ÉQUIPES

Les PAF intègrent une équipe pluridisciplinaire et, à ce titre :

- > Participent à certaines réunions d'équipe (synthèses, points flash...)
- > Communiquent leurs observations personnelles
- > Échangent leurs pratiques au quotidien avec les équipes infirmières, avec les pairs aidants usagers.
- > Bénéficient d'une supervision mensuelle pour évoquer les problématiques rencontrées

4. EFFETS OBSERVÉS

- > Meilleure compréhension et appropriation du cadre des soins
- > Réduction de l'isolement des familles, désir de changement
- > Actualisation des équipes à la prise en compte de la famille dans le parcours de soin
- > Aménagement de solutions concrètes pour soulager les proches aidants




CONTACT

Pair-Aidants Famille - Pôle 94616 - Secrétariat : 01 43 96 61 90
 Marie De Boulay - marie.deboulay@hst94.fr
 Christian Paquetant - christian.paquetant@hst94.fr

CEAPSY

Centre Ressources Troubles Psychiques
Île-de-France

Annexe 38 : la remédiation cognitive avec l'outil GAIA

AFRC PRESSE ACTUALITES



réhabilitation psychosociale

TROUVER UNE STRUCTURE | LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE | SE PROFESSIONNALISER | LES ACTIONS DU CENTRE RESSOURCE

Gaïa

Accueil > La réhabilitation psychosociale > Outils de la réhabilitation > Outils de remédiation cognitive > Remédiation des troubles métacognitifs et de la cognition sociale > Gaïa

Outils de réhab | Remédiation cognitive

Remédiation cognitive des anomalies du traitement des émotions faciales

Présentation et objectifs :

Les psychoses chroniques (dont la schizophrénie) sont associées à un déficit en cognition sociale. Ce déficit touche, en particulier, la capacité d'analyse des informations faciales (dont les informations émotionnelles) affichées par le visage d'autrui.

Le programme Gaïa, développé par le centre référent de Lyon, en partenariat avec l'université de Bourgogne, le centre hospitalier universitaire Vaudois et Tutoractiv, **repose sur un entraînement des processus de traitement des informations faciales émotionnelles.**

L'objectif est de favoriser les relations avec autrui, et de limiter la production et le maintien des idées inappropriées qui peuvent découler d'une mauvaise compréhension des émotions d'autrui.

Modalités :

Déroulement : 20 séances individuelles dispensées par un thérapeute formé.

Le programme comporte 3 phases :

- **Exercices sur photos visant à catégoriser 3 émotions courantes** : la joie, la colère et la tristesse
- **Exercices informatisés : situations virtuelles proches de la réalité.** Un personnage, Gaïa, évolue dans trois environnements proches du quotidien des patients (pharmacie, lieu de travail et famille). Il rencontre différentes personnes. Les interactions (séquences vidéos) sont présentées en gros plan, face caméra, plaçant le patient au plus près d'une situation réelle. Jeux de rôle en séance et tâches à domicile favorisent les bénéfices fonctionnels
- **Travail de généralisation** : un travail de généralisation aux autres émotions de base et à des émotions complexes est proposé en fin de prise en charge

Les stratégies thérapeutiques utilisées favorisent la motivation du patient (renforcement positif et apprentissage sans erreur), la recherche et l'automatisation des stratégies les plus efficaces pour sa vie quotidienne (auto-verbalisation des stratégies et entraînement intensif).

Annexe 39 : les missions du coordinateur de soins

Cette fonction, relativement novatrice dans les ESMS, renforce la prise en compte de la personne accompagnée dans sa globalité dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale. Un professionnel du SAMSAH pourrait évoluer vers cette fonction dans le cadre du développement de ses compétences.

Le coordinateur de soins assure la continuité des soins par :

- L'organisation du parcours et de la coordination de soins ;
- La recherche de nouveaux partenaires médicaux en fonction de l'évolution des besoins (psychomotriciens, orthophonistes...) ;
- La préparation de la personne dans le cadre de la mobilité et de la prise des rendez-vous ;
- Le suivi des accès aux soins avec vulgarisation et transcription des démarches effectuées et des diagnostic établis.

Annexe 40 : le plan de crise conjoint de psy addicto

« Un partenariat entre moi et mon réseau de soutien »

Plan de Crise Conjoint de

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Téléphone : _____ Adresse : _____

Mon plan de crise a été élaboré conjointement avec (noms et rôles des différents partenaires) :

Les difficultés psychiques et/ou problèmes d'addiction qui ont motivé mon suivi :

Qu'est-ce qui peut m'amener à une situation qui me dépasse, me mette en crise ou me fasse rechuter ?

Comment suis-je concrètement quand je suis en crise ? (pensées, émotions, réactions physiques, comportements)

Y a-t-il d'autres signes qui apparaissent selon mon entourage ?

Que pourrais-je faire concrètement pour gérer cette situation difficile? (mettre par ordre de priorité en favorisant d'abord les stratégies personnelles, puis celles de l'entourage et finalement celles nécessitant l'intervention de professionnels)

Ferrari, P. & Suter, C. (2021). Support plan de crise conjoint uniformisé et validé psy-addicto. <https://plandecriseconjoint.ch/>

En cas de besoin, à qui puis-je demander de l'aide ? (nom, nature du lien ou rôle, tél ; mettre par ordre de priorité en favorisant d'abord le réseau des proches, puis des professionnels du réseau habituel, puis les services et institutions de garde)

Quand je vais moins bien, en cas de crise et/ou de rechute :

1. Quels sont les soins que je souhaite recevoir ?
2. Quels sont les soins que je souhaite éviter ? (argumenter les raisons du refus)
3. Quelles sont alors les alternatives possibles ? (indispensable à renseigner en cas de refus de soins ou de traitements)

Dans une situation de crise, quelles sont les démarches concrètes à faire ou à déléguer pour préserver mes intérêts et mon quotidien ? (courrier, garde d'enfants, animaux, domicile, travail, ... nommer qui peut ou doit faire quoi, mettre les coordonnées des personnes afin qu'elles puissent être atteintes en cas de besoin)

Mon plan de crise conjoint a été transmis à : (lieu ou nom, nature du lien)

Lieu et date :

Rôles & signatures :

Ferrari, P. & Suter, C. (2021). Support plan de crise conjoint uniformisé et validé psy-addicto. <https://plandecriseconjoint.ch/>

Annexe 41 : les 3 plans du guide ReVim

DESCRIPTIF REVIM	
Créer un sous-onglet « Contenu kit » dans REVIM	
<p>Contenu du kit</p> <p>Le manuel « Reprendre sa vie en main »</p> <p>Compte 28 pages. Il est divisé en huit parties.</p> <ol style="list-style-type: none">1 Introduction à la planification de votre rétablissement2 Rester stable3 Composer avec vos hauts et vos bas4 Rebondir après une crise5 Poursuivre vos rêves et vos objectifs6 La résolution de problèmes pour aborder vos difficultés dès leur apparition7 Prendre soin de vous et apprendre de l'expérience de pairs8 Élaborer votre « plan de gestion de crise » – décider comment être accompagné en cas de crise 	<p>Cahier de travail « Mon plan personnel de rétablissement »</p> <p>Compte 40 pages. Déclinée autour de 4 rubriques.</p> <ol style="list-style-type: none">1 Mon plan pour rester stable2 Mon plan pour composer avec les hauts et les bas3 Mon plan pour rebondir après une crise4 Mon plan pour poursuivre mes objectifs  <p>Cahier de travail « Mon plan personnel de gestion de crise »</p> <p>Compte 20 pages. Comprend 12 parties</p> <ol style="list-style-type: none">1 Comment suis-je lorsque je vais bien ?2 Symptômes qui indiquent que je suis en période de crise3 Mes personnes de soutien4 Affaires d'ordre personnel5 Médicaments6 Autres traitements et stratégies7 Là où je souhaite me trouver en cas de crise8 Comment m'aider au mieux9 Mes besoins particuliers10 Stade à partir duquel ce plan de gestion de crise n'a plus besoin d'être appliqué11 Lorsque je suis en danger12 À propos de ce document 

Annexe 42 : les partenariats à impulser (liste non exhaustive) territoire Nord

→ Prioritaires

- Formation-insertion : Ateliers et Chantiers d'Insertion (ACI) AAPEJ-AFL, Entreprises Adaptées (EA), ESAT, Entreprises d'Insertion (EI), Pôle Emploi (stages d'immersion), programme Working First (un travail d'abord), Université de La Réunion, Académie de La Réunion, CCAS, missions locales...
- VRAS : ARPS, Planning Familial de la PMI (protection maternelle et infantile) qui proposent des programmes VRAS pour jeunes adultes handicapés...
- Approche psychocorporelle : Handisport...
- Sanitaire : CARE, CMP, services d'hospitalisation de l'EPSMR, Clinique les Flamboyants, maisons de santé, médecins généralistes...

→ Secondaires

- Logement-hébergement : Plateformes d'Appui au Logement Inclusif (PALI) AFL-ALEFPA-EPSMR, politiques du Logement d'abord (un chez soi d'abord-Allon Deor), services déconcentrés du SIAO, services sociaux du Département, 115...
- Répit repos des aidants : IRSAM, AFL...

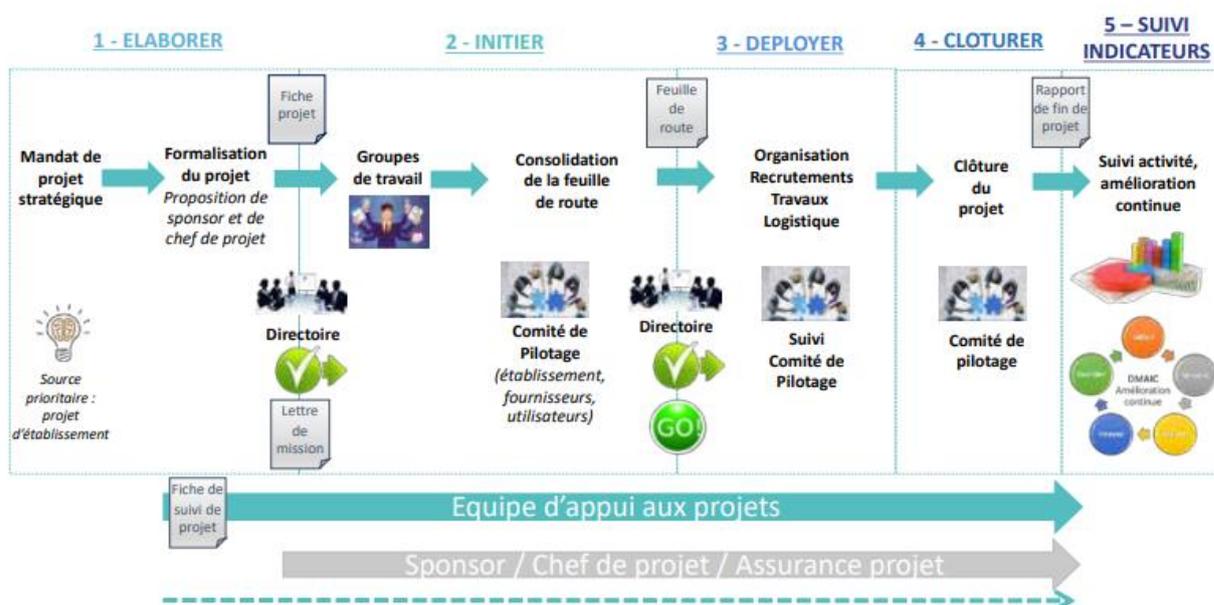
Annexe 43 : la note de cadrage du projet

La note de cadrage fait la synthèse du projet dans un unique document. Elle permet de communiquer facilement sur le projet et d'avoir un document de référence en cas d'éventuels réorientations ou recadrages du projet.

Eléments de cadrage	Description
Contexte	60 % des personnes accompagnées ont moins de 30 ans (90 % vivent au domicile familial) Hausse des hospitalisations ou repli social 80 % profils trouble de la schizophrénie Forte hausse des addictions et TCC
Description du projet	Nouvelle offre de service « à la carte » en faveur du rétablissement
Périmètre	Personnes accompagnées par SAMSAH Ensemb et leurs aidants
Objectifs et résultats attendus	Baisse des hospitalisations ou rempli social, hausse de l'estime de soi, préparer la fin de l'accompagnement sans rupture de parcours
Risques identifiés	Résistance au changement des professionnels, incompréhension des familles et des partenaires, instabilité ressentie pour les jeunes adultes accompagnés
Budget prévisionnel en sus	5 à 6 K€ d'investissement (application mobile, grille ELADEB...) + 1 K€ de frais de fonctionnement (impression du guide ReVim) annuels (estimation macroscopique) hors coûts de formation
Structure de pilotage	Chef de projet : Comité de pilotage :
Méthodologie	Phase 1 : Etat des lieux détaillé du périmètre et des besoins Phase 2 : Construction d'une organisation cible et du fonctionnement - Validation institutionnelle Phase 3 : Mise en place des outils en faveur du rétablissement et du plan de communication Phase 4 : Evaluation des indicateurs de performance
Planning et jalons du projet	Phase 1 : 1 mois Phase 2 : 3 mois Phase 3 : 4 mois Phase 4 : 1 an

Annexe 44 : les étapes de la gestion de projet à l'EPSMR

La mise en œuvre effective des orientations stratégiques s'inscrit dans le cadre d'une démarche projet formalisée s'appuyant notamment sur une « cellule projet ». Ce dispositif permet de sécuriser la mise en œuvre, le suivi, l'ajustement et l'évaluation des différents projets.



Annexe 45 : le plan de communication synthétique

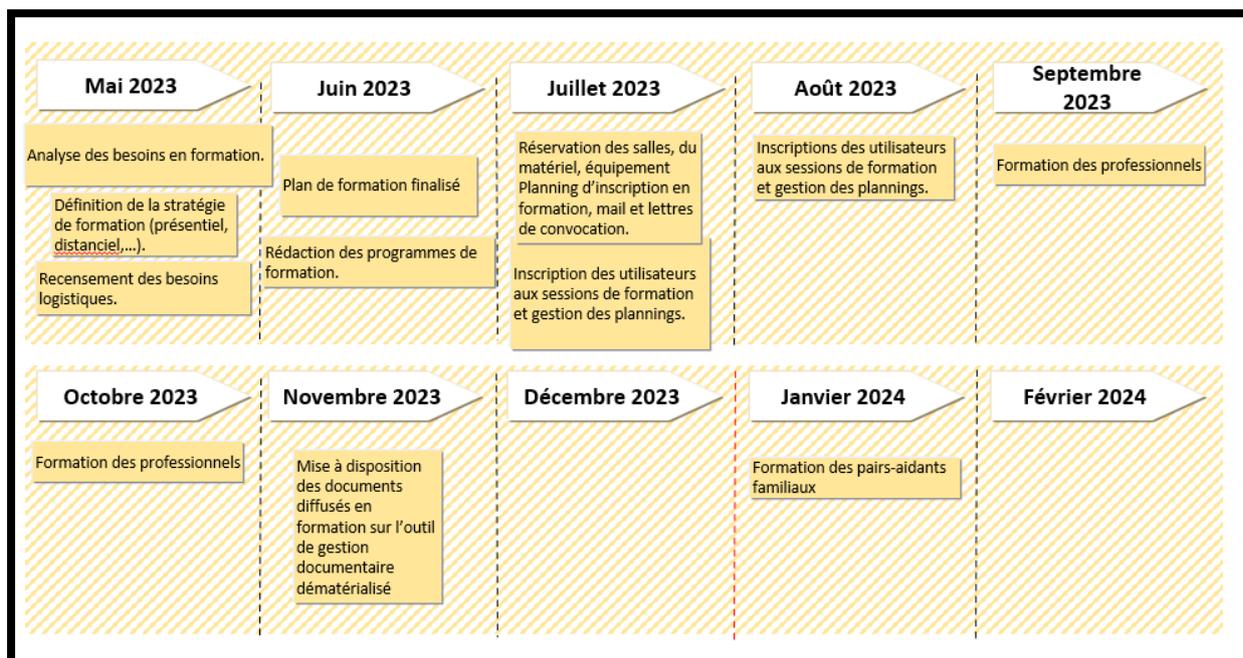
Groupe cible	Objectif de communication	Temporalité / phase du projet
Acteurs de la santé mentale	Soutenir	Phase 4
Autorités de tarification	Positionner	Phase 2
CDAPH	Coopérer	Phase 2
Collectif SAMSAH	Former	Phase 4
Collectivité	Déstigmatiser	Phase 4
Comité de pilotage	Valider	Phase 1
Commission médicale EPSMR	Informier	Phase 2
CSE	Informier	Phase 2
Familles / aidants	Intégrer	Phase 2
Partenaires actuels	Conventionner	Phase 3
Partenaires identifiés	Essaimer	Phase 4
Personnes accompagnées	Rassurer, Faire participer	Phase 2
Personnel du CHOR-EPSMR	Informier	Phase 4
Professionnels	Faire adhérer	Phase 1

Annexe 46 : la matrice du plan de mobilisation ANAP, utilisé par le chef de service

Plan de mobilisation

	Nom de l'interviewé : Date :	Nom de l'interviewé : Date :	Nom de l'interviewé : Date :
Ses réactions et / ou interrogations			
Ma réponse			
Si pas de réponse : quand et comment puis-je lui répondre ?			
Ses idées ou propositions			
Comment se positionne-t-il par rapport au projet/sujet ?			
Plan d'actions			

Annexe 47 : le macro-planning de la stratégie de formation



- Les situations à risque d'évolution vers la maltraitance le plus souvent identifiées par les professionnels comme génératrices de conflits éthiques, de malaise et de souffrances au travail sont :

- L'accompagnement d'un projet lié à l'arrêt du traitement médicamenteux sans axe thérapeutique supplémentaire pour le soutenir ;
- L'arrêt du traitement médicamenteux en marge du projet par un jeune adulte vivant au domicile familial : prévenir ou non son cercle familial ;
- La limite dans notre engagement à accompagner les aidants familiaux avec lesquels nous n'avons pas signé de PAI mais qui sont parties intégrantes de sa réussite ;
- La limite de notre accompagnement quand la personne se positionne dans son choix de ne pas se saisir de notre accompagnement ;
- La difficulté à recueillir la parole des personnes accompagnées ;
- La difficulté de respecter les choix, les envies et les rythmes individuels sans projeter pour les personnes accompagnées ce qui serait « mieux » pour elles.

Annexe 50 : la grille de retour d'expérience de l'ANAP

		Quoi ?	Pourquoi ?	Ce qu'il faut retenir	Document de référence
Gouvernance et équipe projet	Ce qui a marché ?				
	Ce qui reste à améliorer ?				
Organisation du projet	Ce qui a marché ?				
	Ce qui reste à améliorer ?				
Accompagnement humain du projet	Ce qui a marché ?				
	Ce qui reste à améliorer ?				
Résultats obtenus	Ce qui a marché ?				
	Ce qui reste à améliorer ?				

TACITE	Emeline	Septembre 2023
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS de La Réunion</p>		
<p align="center">GARANTIR LA CONTINUITE DE PARCOURS DES JEUNES ADULTES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Au SAMSAH Ensemb, le seul du territoire à être rattaché à un établissement sanitaire, la part des moins de 30 ans représente plus de 60 % de la file active quand, avant 2016 et le rapport Piveteau, la moyenne d'âge était de 42 ans. Le parcours de ces jeunes adultes, présentant majoritairement des troubles de la schizophrénie, est jalonné de fréquentes périodes de décompensations et d'hospitalisations. Leurs besoins ont évolué, leurs demandes aussi. Le SAMSAH Psy de l'EPSMR doit s'efforcer de repenser ses modes d'organisation et de fonctionnement pour garantir la continuité de leurs parcours.</p> <p>La mise en œuvre d'une offre de prestations de service modulables en rétablissement, indispensable à l'exercice des droits et des libertés mais aussi à la pleine appropriation de leur pouvoir d'agir, nécessite une acculturation des professionnels, des personnes accompagnées, de leurs aidants ainsi que des partenaires du territoire Nord de la Réunion.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>JEUNES ADULTES – TROUBLES PSYCHIQUES – TERRITOIRE NORD REUNION – NOUVEAUX BESOINS – SAMSAH PSY – RUPTURE DE PARCOURS – ALLIANCE THERAPEUTIQUE – CHANGEMENT ORGANISATIONNEL ET CULTUREL – DECLOISONNEMENT – INCLUSION – PARTICIPATION – RETABLISSEMENT</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni impr obation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		