



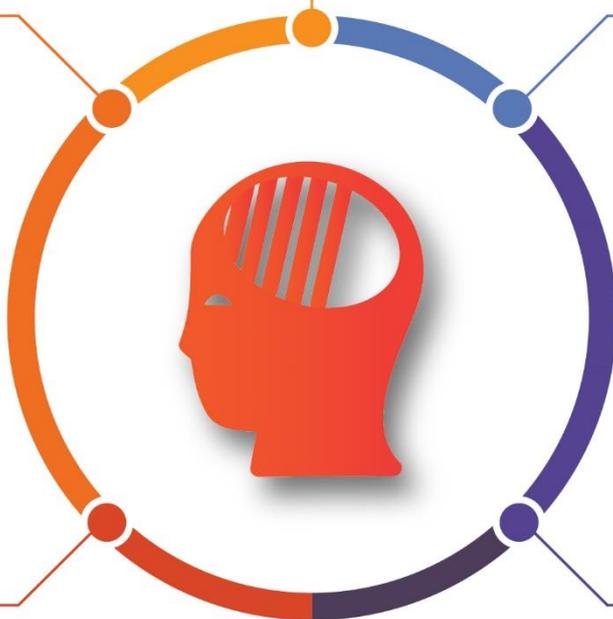
handéo

Étude

Les effets pour les usagers d'un SAAD «renforcé»  
Handicap psychique

L'exemple de Coté Cours, un SAAD intégré avec un SAMSAH

Rapport final - Novembre 2018



Avec le soutien de :



# SOMMAIRE

I. Rappel des éléments de contexte	p.3
II. Les enjeux d'un rapprochement entre SAAD et SAMSAH	p.5
III. Les 5 grandes composantes pour définir un dispositif « intégré »	p.9
IV. Focus sur la mise en place d'un « SAAD renforcé » handicap psychique	p.12
⇒ Méthodologie	
⇒ De la maladie psychiatrique au handicap psychique	
⇒ Les effets d'un système « intégré » pour la personne accompagnée	
V. Exemples de quatre situations longitudinales	p.24
VI. Conclusion	p.31
Bibliographie	p. 34

## I. Rappel des éléments de contexte

Suite au rapport « Zéro sans solution »<sup>1</sup>, la démarche « une réponse accompagnée pour tous » et les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées<sup>2</sup>, tout comme les expérimentations « Maia autisme »<sup>3</sup>, la réforme de la tarification SERAFIN-PH, ou bien encore les actions ciblées sur le handicap psychique et le polyhandicap (stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale)<sup>4</sup>, sont autant de chantiers politiques qui convergent vers une redéfinition de l'offre par le biais de dispositif dit « intégré ».

Dans le champ des « Services d'aide et d'accompagnement à domicile » (SAAD), les seuls dispositifs « intégrés » incluant des prestations d'aides humaines prennent la forme de SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile). Les SPASAD sont des modalités d'organisation devant permettre « d'intégrer » les missions d'un SAAD et d'un SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile). Créés par le décret du 25 juin 2004, leurs modalités d'organisation sont définies dans le Code l'Action Sociale et des Familles (D. 312-7). Cependant, jusqu'en 2013, la base FINESS<sup>5</sup> ne recensait que 83 SPASAD contre 2075 SSIAD et 6210 SAAD<sup>6</sup>. Afin de promouvoir ce type de dispositif, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a prévu la mise en place d'expérimentations SPASAD<sup>7</sup>. En janvier 2017, près de 350 SPASAD ont été sélectionnés pour entrer dans l'expérimentation.

L'arrêté définissant le cahier des charges de cette expérimentation pose au moins deux limites dans le secteur du handicap :

- ⇒ Premièrement, l'arrêté catégorise ce modèle SPASAD « d'intégré ». Cette notion pourrait être entendue au sens anthropologique du terme comme une forme « d'acculturation » du SSIAD (qui représenterait les professionnels du « soin ») et du SAAD (qui représenterait les professionnels de « l'aide »). Le processus de

<sup>1</sup> Piveteau D., « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Tome I - RAPPORT, 2014

<sup>2</sup> INSTRUCTION N° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap.

<sup>3</sup> Sur la méthode MAIA transposée en France pour les personnes âgées, voir notamment : Bloch M-A., Henaut L., Sardas J-C., Gand S., La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. Fondation Paul Bannetot, 2011 ; Acef S., Jaeger M., Trouvé H., (sous la dir.). « Services d'accompagnement et de soins : de la coopération à l'intégration ». Vie sociale n°6, 2014 ; INPES (Léon C., Périsset C., Kreft-Jais C.), Perception et satisfaction des aidants professionnels dans le cadre du dispositif MAIA. Évolution N°28, 2013 ; CNSA. MAIA. Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Les cahiers pédagogiques de la CNSA. 2014.

<sup>4</sup> Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale - Volet Handicap polyhandicap, 2017 ; Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale - Volet Handicap psychique, 2017

<sup>5</sup> FINESS est un système d'information informatique qui assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément dans le secteur social, médico-social et sanitaire

<sup>6</sup> ANESM, « Enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bienveillance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile », Volet 1, juin 2014

<sup>7</sup> Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile prévues à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

déconstruction de ces deux cultures professionnelles (qui ont des frontières poreuses<sup>8</sup>) en une nouvelle culture se heurte, notamment, au fait que le cahier des charges ne prévoit pas de fongibilité des enveloppes entre ces deux types de service. **Il maintient ainsi un cloisonnement des financements Assurance Maladie (« soins ») / Conseils Départementaux (« aide »).**

- ⇒ Deuxièmement, le cahier des charges vise explicitement les SPASAD pouvant également accompagner des personnes en situation de handicap. Cependant, cet arrêté limite la forme de ces SPASAD à la combinaison d'un SSIAD et d'un SAAD. Dans le secteur du handicap, d'autres combinaisons pourraient être envisagées dans l'articulation entre « soins » et « aides » (SAAD+SAMSAH<sup>9</sup> ou SAAD+SESSAD<sup>10</sup> ou SAAD+HAD<sup>11</sup> ou SAAD+CSI<sup>12</sup>), mais également entre « aides » et « accompagnement » (SAAD+SAMSAH/SAVS<sup>13</sup> ou SAAD+SESSAD) et/ou entre des établissements (de type MAS<sup>14</sup> ou FAM<sup>15</sup>) dit « hors les murs » et des SAAD.

Concernant les SPASAD combinant un SAAD et un SSIAD, l'enquête de l'Anesm avait permis de dégager deux hypothèses<sup>16</sup> :

- ⇒ D'une part, l'adossement d'un SAAD à un SSIAD prenant la forme d'un SPASAD faciliterait la mise en œuvre des recommandations de l'Anesm. Cela concernait notamment les pratiques de formalisation du projet personnalisé et l'association des partenaires à son élaboration qui étaient mieux mises en place dans un SPASAD que dans un SAAD.
- ⇒ D'autre part, le SPASAD compenserait ou masquerait par l'intermédiaire du SSIAD les difficultés de mise en œuvre des recommandations de l'Anesm par un SAAD. Cela concernait notamment les pratiques de réévaluation annuelle du projet personnalisé, le recueil des attentes des proches, le recueil de l'histoire de vie, la réalisation d'observation et les temps de transmissions écrites et orales.

---

<sup>8</sup> Un exemple de frontière poreuse est l'aide à la toilette qui peut être réalisée par un SAAD dans le cadre de l'aide à la vie quotidienne ou par un SSIAD dans le cadre de soins d'hygiène.

<sup>9</sup> Service d'Accompagnement Médico-Sociale pour Adulte Handicapé

<sup>10</sup> Service d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile

<sup>11</sup> Hospitalisation A Domicile

<sup>12</sup> Centre de Soins Infirmiers

<sup>13</sup> Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

<sup>14</sup> Maison d'Accueil Spécialisée

<sup>15</sup> Foyer d'Accueil Médicalisé

<sup>16</sup> ANESM, « Enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile », Volet 1, juin 2014

## II. Les enjeux d'un rapprochement entre SAAD et SAMSAH

Dans ce contexte, l'Observatoire national des aides humaines porté par Handéo a souhaité approfondir les dynamiques de coopération entre les SAAD et les SAMSAH, et plus généralement avec les autres services sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Un des enjeux était de savoir comment faciliter l'articulation des aides humaines avec les soins médicaux, avec l'accès au logement ou à l'emploi, avec la participation à la vie sociale, etc., pour éviter aux personnes en situation de handicap des ruptures dans leur accompagnement.

Handéo a publié un premier rapport montrant les freins et leviers à la mise en place de dispositifs « intégrés » entre les SAAD et les autres structures sociales, médico-sociales et sanitaires<sup>17</sup>.

Cette notion d'intégration peut être analysée à travers deux concepts : celui « d'alliance » et celui de « territoire d'intervention ».

D'une part, le concept « d'alliance » est à comprendre comme un jeu de relations, de partenariat et de collaboration dans lequel les règles du jeu sont elles-mêmes en mouvement et renégociées en fonction du territoire dans lequel le jeu est mis en place, des acteurs qui interagissent entre eux et des ressources matérielles (moyens financiers, outils existants, locaux, etc.), psychiques (notamment la motivation à entreprendre une action et les affinités qui peuvent exister entre les différents acteurs) et sociales (réseau d'influence dont dispose la personne, culture professionnelle, savoir-faire expérientiel, connaissance du secteur social, médico-social et sanitaire, etc.) dont ils disposent<sup>18</sup>. Il existe bien un cadre législatif et réglementaire qui structure le jeu, mais les marges interprétatives qui s'en dégagent offrent justement une certaine plasticité au système. D'où l'idée d'un « déséquilibre contrôlé »<sup>19</sup>.

La mise en place d'alliances implique également que les acteurs soient dans une compréhension réciproque des règles du partenariat et qu'ils aient élaboré une base de départ sur laquelle un discours spécifique va pouvoir se construire. Pour autant, cette alliance doit également

---

<sup>17</sup> Handéo, État des lieux pour définir un cadre d'expérimentation des dispositifs combinés et intégrés SAAD - SAMSAH/SAVS (« SPASAD » handicap adulte ), Mars 2017. [En ligne] <http://www.handeo.fr/l-observatoire/etat-des-lieux-pour-definir-un-cadre-d-expérimentation-des-dispositifs-combinés-et>

<sup>18</sup> Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*. Paris, Le Seuil, 1981 (1977) ; Friedberg E., *Le pouvoir et la règle*. Paris, Le Seuil, 1997 ; Bloch M-A., Henaut L., Sardas J-C., Gand S., *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Fondation Paul Benetot, 2011.

<sup>19</sup> Rosnay (de) J., *Le macroscopie. Vers une vision globale*. Paris, Le Seuil, 1975. pp. 236-238

admettre une part de fluctuation permettant aux différents acteurs de négocier et renégocier<sup>20</sup>.

Enfin ces dynamiques d'alliance sont également dépendantes des logiques de « **file active** » de la structure médico-sociale lorsqu'elle fonctionne en « place autorisée ». Il n'existe pas de définition juridique de « file active », mais celle-ci peut être entendue de trois manières :

- Nombre de personnes sur liste d'attente que le service a déjà pu rencontrer pour une première analyse de la situation, sans pour autant avoir les ressources nécessaires pour accompagner la personne.
- Nombre de personnes pour lequel le service maintient une veille, mais pour lesquelles il n'y a plus d'accompagnement au quotidien.
- **Nombre total de personnes accompagnées par le service. Ce total peut être inférieur, égal ou supérieur au nombre de places autorisées.** Cette troisième définition apparaît comme une condition aux possibilités de coopération entre le SAAD et la structure médico-sociale. En effet, les SAVS ou SAMSAH qui ont pu être rencontrés qui n'avaient pas de « file active » (service dont le nombre de places autorisées est le même que le nombre de personnes accompagnées) ne montraient pas ou peu de collaboration avec les SAAD alors que les SAVS-SAMSAH qui avaient une file active étaient davantage dans une recherche de coordination et donc de partenariat avec des acteurs du quotidien comme les SAAD.

D'autre part, la notion de « **territoire d'intervention** » est à comprendre dans sa triple dimension :

- Comme un **espace physique** et matériel qui « témoigne d'une appropriation à la fois économique, idéologique et politique de l'espace par des groupes qui se donnent une représentation particulière d'eux-mêmes, de leur histoire, de leur singularité »<sup>21</sup>.
- Comme un **espace symbolique** auquel nous donnons un sens « au travers du vécu, du perçu, et des multiples filtres qui nuancent la perception que l'on a d'un paysage, d'une organisation spatiale, de notre voisin »<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> Cahier B., 2006, « Actualité de Norbert Elias : réception, critiques, prolongement », Socio-logos, N°1. [En ligne] <http://www.socio-logos.revues.org/index.html>

<sup>21</sup> Di Méo G (1998) cité par Moine A., Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie. L'espace géographique, Tome 35, 2006

<sup>22</sup> Ibid

- Comme un espace « d'interrelations multiples qui lient ceux qui décident, perçoivent, s'entre-aperçoivent, s'opposent, s'allient, imposent et finalement aménagent »<sup>23</sup>.

Ce territoire d'intervention est à la fois défini par l'État et ses politiques, les collectivités territoriales, les professionnels du secteur public, associatif et les entreprises du secteur social, médico-social et sanitaire et les citoyens. L'ensemble de ces acteurs donne une essence mouvante, évolutive et floue aux limites du territoire en fonction des systèmes d'alliance, pouvant même comporter des « zones de vide ». Ces « zones de vide » peuvent incarner des situations où l'on ne sait pas qui doit faire quoi, ou comment, ou où, ou à l'inverse le rôle de chacun et les actions à réaliser sont très clairs, mais la personne qui « encadre » le projet ou le service n'en a pas forcément connaissance.

À cela s'ajoute l'imbrication en « kaléidoscope » des « zones » d'intervention à la fois définies administrativement par des autorisations, mais également par les possibilités du service (au regard de ses missions, et pour intervenir dans des zones « reculées » et/ou montagneuses) et les dynamiques « d'alliance » qui peuvent être différentes de celles définies administrativement ou des besoins et attentes des personnes, eux-mêmes potentiellement mobiles (entre le domicile et le lieu de travail, entre le domicile et le lieu de vacances, entre le domicile et le lieu de loisir, etc.).

Ce jeu d'acteurs et ce kaléidoscope sont ce qui permet à la fois de rendre visibles, lisibles et compréhensibles les pratiques de chacun, mais c'est également ce qui permet de brouiller une partie des pratiques et ce qui est réellement fait au domicile des personnes<sup>24</sup>. Pour autant, si les acteurs ne sont pas surdéterminés par les dispositifs construits par l'état et les collectivités locales, et plus globalement par la structure du secteur social, médico-social et sanitaire, les pratiques de ces acteurs ont pour autant des effets (inattendus ou désirés) sur l'organisation des interventions.

A travers le travail enclenché par Handéo en 2016, nous faisons l'hypothèse que cette double action des territoires d'intervention et des dynamiques d'alliance module le rythme de la « balance des pouvoirs »<sup>25</sup>. C'est dans cet équilibre instable que les professionnels qui interviennent auprès d'une personne, se positionnent les uns par rapport aux autres, à la fois en fonction des ressources du territoire que de leur métier, de leurs habitudes, de

---

<sup>23</sup> Ibid

<sup>24</sup> Didier Le Gall et Claude Martin utilisaient d'ailleurs l'expression « pas de social sans bricolage » dans un travail qu'ils réalisaient pour le Département du Cher. Le Gall D., Martin C., pas de social sans bricolage. Analyse d'une expérience de recherche-action en vue d'élaborer une action sociale locale. Centre de recherche sur le travail Social, 1985

<sup>25</sup> Elias N., « Les transformations de la balance des pouvoirs entre les sexes. Étude sociologique d'un processus à travers l'exemple de l'État romain antique », Politix, 13/51, 2000, p. 15-53

leurs objectifs d'intervention, des missions du service, des besoins et attentes de la personne et de leur connaissance de la situation. Ce jeu de positionnement amènerait chacun à légitimer et à délimiter *des « systèmes d'intégration »*. Tout l'enjeu de cette recherche expérimentale est ainsi de déterminer, à travers des exemples concrets, les effets de ce système pour les personnes en situation de handicap et les « capacités » qui leur permettent d'agir sur ce système.

### III. Les 5 grandes composantes pour définir un dispositif « intégré »

Cet état des lieux réalisé en 2016 par Handéo a permis de faire ressortir 5 composantes majeures pour définir un dispositif « intégré ».

⇒ La composante « juridique ».

L'objectif a été de comprendre l'architecture juridique du dispositif qui peut, par exemple, prendre la forme d'un gestionnaire commun, d'une convention de partenariat, d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale ou être encadrée par une Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Dans les visites réalisées en 2017 par l'Observatoire national des aides humaines, les CPOM ont pu être identifiées comme un levier à la reconfiguration des services portés par une association. La difficulté reste, comme pour les SPASAD (SAAD+SSIAD), les lignes d'accord à trouver entre le Département et l'ARS.

⇒ La composante « psychologique ».

Il s'agissait notamment de s'intéresser aux motivations que les acteurs ont à coopérer ensemble, les affinités que les professionnels peuvent avoir entre eux et la construction d'un sentiment de confiance. Ce point est d'autant plus important que la construction de ces coopérations s'inscrit dans la durée. Le projet de proposer des réponses modulables et graduées ne doit pas uniquement être porté par la direction, mais également par les équipes. Par exemple, un des services suivis pendant un an explique l'évolution suivante :

« L'idée de "SPASAD" (SAAD renforcé) n'était pas intégrée par les équipes du SAMSAH (en décembre 2015), la cheffe de service du SAMSAH ne l'utilisait pas. Aujourd'hui (juillet 2017), l'équipe différencie les accompagnements conjoints entre le SAAD et le SAMSAH des autres :

- Elle utilise le terme « SPASAD » (acronyme retenu pour parler de dispositif intégré entre le SAAD et le SAMSAH).
- Elles amènent des propositions de personnes qui pourraient être accompagnées par le SPASAD. Par exemple, une personne est accompagnée

par un service extérieur à l'association et elle pourrait être accompagnée par le SAAD de l'association.

- Elle vérifie la cohérence de l'accompagnement entre le SAAD et le SAMSAH».

⇒ La composante « sociale ».

Cette composante incarne notamment les représentations que les acteurs peuvent avoir de l'aide à domicile (souvent encore perçue comme un acteur du champ de la gérontologie) par rapport aux autres structures sociales, médico-sociales et sanitaires, mais également sur le sujet de la coopération :

- Autour de situations communes : il pourra alors s'agir de se coordonner dans l'accompagnement ou dans le parcours des personnes ainsi que les relais à réaliser.
- Autour de problématiques communes : les services n'accompagnent pas nécessairement les mêmes personnes, mais le même type de public. Les services peuvent alors s'organiser en réseau pour favoriser une connaissance mutuelle et des échanges de savoirs et de pratiques.

La dimension sociale de la coopération dépend également du niveau d'expertise des professionnels, de leur formation (initiale, continue, sur leur savoir-être et savoir-faire, etc.) et de la connaissance qu'ils auront de la logique sociale, médico-sociale et sanitaire (notamment dans la manière de s'approprier la logique administrative de ce secteur) leur permettant de jouer plus ou moins facilement avec les règles nationales, mais aussi, et surtout locales. La capacité à construire un réseau de partenaires peut participer également à faciliter certaines alliances.

A travers cette composante, il a notamment pu être observé deux manières d'envisager l'évaluation des situations des personnes accompagnées conjointement entre le SAAD et la structure médico-sociale. Pour chacune des situations, l'ensemble des professionnels concernés est associé à l'évaluation. Cependant, dans un premier scénario chaque service réalise sa propre évaluation et construit son propre projet personnalisé. La difficulté est alors de s'assurer de leur cohérence. Dans un second scénario, l'évaluation est réalisée par la structure médico-sociale en concertation avec les professionnels du SAAD, mais un seul projet sera construit. Cette alternative offre l'avantage de construire un projet cohérent, mais elle a également le risque de creuser le jugement différentiel et asymétrique entre le

SAAD (qui est dans un rôle d'exécutant) et l'autre structure intégrée (qui est dans un rôle de conception).

⇒ La composante « matérielle ».

La composante matérielle comprend notamment l'existence de locaux communs ou non, d'un outil permettant une évaluation initiale commune entre les services, d'un système d'information partagé et sécurisé, de la mise en place de modalités d'organisation conjointe (procédure, réunion d'équipe, cahier de liaison, etc.).

Un des services suivis en 2017 ne possédait pas de local commun entre le SAAD et le SAMSAH. Pour ce service, une des actions prioritaires pour aller vers un dispositif intégré aura été d'envisager un déménagement. Cependant, ce déménagement entraînera la perte des voitures de service pour les salariés du SAMSAH et les salariés du SAMSAH ne le souhaitent pas. Une indemnité kilométrique ne sera pas non plus envisagée. Un des premiers freins sera le refus de faire monter des personnes avec une mauvaise hygiène dans les véhicules privés des salariés. L'usage de véhicule personnel posera également le problème de la frontière entre la sphère privée et professionnelle. Pourtant les professionnels du SAAD n'avaient pas de voitures de service. Aussi cet argumentaire viendra symboliquement (et pas nécessairement consciemment) renforcer une asymétrie entre les professionnels du SAMSAH et du SAAD.

⇒ La composante « financière ».

Cette composante permet de faire apparaître la tension qui peut exister entre la notion « d'intégration » et l'absence de fongibilité entre les enveloppes qui relèvent des financements Assurance Maladie (« soins ») et celles des Conseils Départementaux (« aide »). Cette composante permet également d'analyser le type de dotation (à l'acte, horaire, journalière ou annuelle) et l'impact des conventions collectives BAD, SAP, fonction publique territoriale, 51 (APF, Fehap, etc.), de la Croix Rouge Française ou 66 (associations du handicap) qui ne sont pas nécessairement adaptées aux modalités de tarification des SAAD qui accompagnent des personnes en situation de handicap.

## IV. Focus sur la mise en place d'un « SAAD renforcé » handicap psychique

### Méthodologie

En 2017, l'observatoire national des aides humaines a approfondi la thématique de ces dispositifs « intégrés » en suivant régulièrement l'activité de l'association « Côté Cours ».

L'Association « Côté Cours » implantée au Havre (76) existe depuis 1999. À l'origine, principalement orientée vers l'insertion par le logement spécialisé, elle a su développer depuis 10 ans divers secteurs d'activité : un service logement de 120 places (de type habitat « partagé »), un service d'accompagnement médico-social (SAMSAH), un groupe d'entraide mutuelle (GEM), un service d'aide à domicile spécialisé en santé mentale (SAAD), un centre de formation à la santé mentale, et un centre de consultation familiale, afin d'apporter une réponse la plus complète possible aux usagers de la santé mentale.

En 1999, le Directeur du Groupe Hospitalier du Havre impulse, en parallèle de la politique de sectorisation de la psychiatrie, une politique de réinsertion sociale des patients hospitalisés, faute de réponse adaptée aux troubles psychiques par le secteur médico-social.

C'est la concordance de différents constats qui amène l'institution à créer cette association de réhabilitation psychosociale post-hospitalière : logements dégradés ou « taudis » loués aux usagers, stigmatisation d'accès aux logements sociaux, politiques publiques renforçant le processus de désinstitutionnalisation « Insérer plus pour hospitaliser moins » (loi 2002.2 et 2005).

« Côté Cours » avait donc pour mission de répondre à la commande du Groupe Hospitalier du Havre en tant que prestataire du Centre Pierre Janet. Ainsi, une trentaine de logements a été gérée par « Côté Cours », et 20 places de Résidences Accueil ont été financées par la DDCS.

En 2011, une concordance de facteurs a poussé à l'autonomisation de l'association de « Côté Cours » : une nouvelle politique de réinsertion, impulsée par le nouveau Directeur Général du Centre Pierre Janet, et le départ en retraite de la fonction hospitalière du Directeur de « Côté Cours », ont participé à ce processus d'émancipation.

- ⇒ Depuis 2011, « Côté Cours » a repris la gestion du SAMSAH spécialisé en santé mentale, précédemment administré par l'hôpital psychiatrique. L'association dispose d'une autorisation de 25 places pour l'accompagnement médico-social de personnes souffrant de troubles psychiques. Dans une logique de file active, 36 personnes sont suivies pour un mode de prise en charge séquentielle (en effet, les

personnes en cours de stabilisation peuvent voir leur accompagnement diminuer progressivement, jusqu'à leur sortie définitive lorsque l'autonomie nécessaire a été retrouvée). Parallèlement, cela permet la prise en charge de nouveaux usagers.

- ⇒ Depuis juin 2013, l'association a ouvert un service d'aide et d'accompagnement à domicile spécialisé en santé mentale, dans une démarche de partenariat avec les intervenants sociaux locaux. En effet, les autres SAAD du territoire, en grande difficulté face aux usagers souffrant de troubles psychiques, avaient du mal à apporter une réponse appropriée aux besoins de ce public. Aujourd'hui, ce service est implanté au coeur d'un travail de réseau avec les mandataires judiciaires, les assistantes sociales de l'hôpital psychiatrique, le Conseil Général, les SAMSAH, les SAVS ainsi que d'autres SAAD nécessitant un appui sur certaines situations. Le service n'est pas régi par une convention collective. Il est tarifé à 19,40 euros par le Conseil Départemental (et pratique un reste à charge pour la personne d'environ 1 euro) et il n'est pas habilité à l'aide sociale.

Au 1er janvier 2017, l'équipe pluridisciplinaire du SAMSAH comprend : 2 infirmiers de secteur de psychiatrie, 1 infirmière de soins généraux, 2 aides-soignantes, 1 conseillère ESF, 1 conseillère en insertion professionnelle et 1 éducateur spécialisé.

Au 1er janvier 2017 (pour environ 30 000 heures réalisées), l'équipe du SAAD est composée de

: 1 chef de service, 1 assistante de secteur, 1 secrétaire et 32 auxiliaires de vie/AMP/agents à domicile.

Le SAMSAH est autorisé pour 25 places, mais accompagne une quarantaine de personnes en file active et le SAAD accompagne 80 personnes (pour 30 000 heures annuelles).

En 2017, le SAMSAH et le SAAD de l'association Côté Cours accompagnent conjointement une dizaine de personnes en situation de handicap avec un trouble psychique (1 seule personne accompagnée par le SAAD de Coté Cours et un SAMSAH extérieur et le SAMSAH de Coté Cours n'a plus de situation conjointe avec un SAAD extérieur). Il y a également 15 personnes qui vivent dans un « habitat inclusif », dont 7 qui bénéficient également de l'accompagnement du SAMSAH Côté Cours.

Le suivi de l'association Côté Cours a consisté à :

- Réaliser deux comités de pilotage réunissant : un psychiatre, un représentant de l'ARS, un représentant du Conseil Départemental, un représentant de la MDPH, trois représentants de l'UNAFAM, un représentant universitaire, un représentant d'un service mandataire de protection des majeurs, un auto-représentant (une personne avec un handicap psychique), un représentant de SAVS-SAMSAH partenaire et la Fondation de France.
- Venir sur site six fois une journée afin d'échanger avec les responsables d'encadrement et participer aux réunions d'équipe.
- Mener des entretiens individuels avec les usagers et les professionnels de l'association Côté Cours.
- Mettre en place un système d'information informatique conjoint entre le SAAD et le SAMSAH.

Ce suivi avait pour but de mieux identifier les effets d'un accompagnement « intégré » entre SAAD et un SAMSAH pour les bénéficiaires. Dans le contexte temporel et méthodologique de cette étude, les effets d'un accompagnement réalisé par deux services gérés par la même association peuvent être analysés au moins de deux manières : directement en recueillant le point de vue des bénéficiaires et, le cas échéant, de leurs proches aidants ; indirectement en partant des professionnels qui les accompagnent.

Dans la première situation, on pourrait reprocher à l'enquêteur de n'avoir rencontré que des personnes avec des potentialités d'expression verbale, d'en avoir rencontré certains en présence des professionnels, que ces personnes aient été « choisies » par le service, que ces discours positifs traduisent une peur de « représailles » ou que certaines personnes aient des pathologies psychiatriques qui ne leur permettent pas de se représenter la réalité ou ce qui est bien pour elles.

Dans la seconde situation, on pourrait aussi reprocher à l'enquêteur que la parole des personnes accompagnées « vaille moins » que celle des professionnels, qu'elle ne soit pas assez prise en compte, que derrière la bienveillance des professionnels et leur discours inclusif des personnes en situation de handicap à leur accompagnement (discours qui peut être porté par les bénéficiaires eux-mêmes), il y ait un décalage avec les pratiques effectives.

Ces différents « biais » sont possibles, mais faut-il pour autant décrédibiliser la parole de ces

personnes ? Ne faut-il pas plutôt leur donner le statut qu'elle a sans la sous-valoriser (en ne lui donnant aucune valeur) ni la survaloriser (en laissant entendre que toutes les personnes se représentent l'expérience de leur accompagnement de la même manière) ? De même ce n'est pas parce qu'un effet est « perçu » qu'il n'est pas « réel ». Mais il ne s'agit pas non plus de déduire de ces représentations qu'elles décrivent « la » réalité. Il s'agit plutôt de considérer qu'elles décrivent une vérité, celle des personnes rencontrées.

### De la maladie psychiatrique au handicap psychique

On ne peut qu'adhérer à la reconnaissance du handicap psychique par la loi de 2005. En outre il est tout à fait souhaitable que la loi de modernisation de notre système de santé reconnaisse le caractère construit du « handicap » en parlant de « situation de handicap ». Cependant ajouter un adjectif à « situation de handicap » en le qualifiant de « psychique » (ou moteur, ou sensoriel, etc.) serait un contre sens. Parler de « situation de handicap psychique » viendrait, de nouveau, essentialiser le terme de « handicap » au risque d'annuler tout l'intérêt de parler de « situation ». Par cette expression, ce n'est plus l'interaction entre la personne (ses potentialités, ses facteurs de risques et ses déficiences), ses habitudes de vie et son environnement qui produit la situation, mais le fait que pour les personnes avec des troubles psychiques, il y aurait des handicaps qui seraient toujours les mêmes quel que soit la situation. Dit autrement, avec cette expression, on réduit la personne à sa maladie et on fige les conséquences de cette maladie sur la personne. En outre, par cette expression, on vient réduire le handicap de la personne à ses troubles psychiques alors que d'autres facteurs et déficiences peuvent potentiellement entrer en compte.

Aussi, c'est l'expression de « handicap psychique » qui est retenue dans ce rapport. Ce handicap « peut être défini comme les conséquences sociales (c'est-à-dire les limitations d'activités et les restrictions de participation sociale) liées à un trouble psychique invalidant. Les personnes présentant un handicap psychique vivent avec une maladie mentale (schizophrénies, troubles bipolaires, dépressions sévères, etc.), qui peut modifier leur comportement, leur perception, leur jugement et leur relation avec le monde. Par exemple, les personnes peuvent manifester des réactions inadaptées au contexte (foule, file d'attente, pièces fermées, bruit intense, etc.), un stress intense non maîtrisé, un raisonnement très rigide, des gestes incontrôlés, une difficulté à communiquer, un repli sur soi, un état dépressif ou des dérèglements alimentaires. La maladie psychique peut intervenir à tous les âges de la vie et atteindre les personnes sans distinction, de manière durable ou épisodique. Les troubles peuvent entraîner un véritable handicap au quotidien et occasionner des difficultés, notamment pour s'adapter à la vie en société. Les questions de santé psychique et mentale sont encore mal connues du grand public et les

préjugés négatifs demeurent avec des conséquences douloureuses pour les personnes atteintes et leurs proches ».

Cependant, certaines MDPH refusent d'étudier tout dossier PCH lorsqu'il s'agit de trouble psychique ou cognitif ou reconnaissent difficilement leur besoin en aide humaine. Outre les problèmes d'éligibilité à la PCH et à l'aide humaine déjà identifiés par le CEDIAS en 2008 et rappelés par Handéo en 2016, on peut également mentionner que le GEVA est parti de la CIF. Cependant, cet outil ne prend pas véritablement en compte les difficultés cognitives, les incapacités envahissantes et les rapports singuliers à l'existence. En outre, les réponses proposées au regard de ce type d'outil permettent difficilement de prendre en compte le caractère fluctuant et intermittent des besoins de la personne (l'approche étant « fixiste et linéaire »).

La crispation de ce contexte trouve des éclairages et des points de dilatation à travers différents chantiers en lien avec la santé mentale dont :

- Le guide d'appui à destination des MDPH pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles psychiques.
- Le guide « aide humaine » d'appui aux pratiques des équipes pluridisciplinaires de MDPH.
- Le rapport IGAS sur l'évolution de l'aide humaine, notamment sur les questions de PCH « mutualisée » ou sur le périmètre de la PCH (non prise en compte de l'aide à la parentalité ou aux activités domestiques).
- Le Décret du fixant les priorités du projet territorial de santé mentale (PTSM) visé à l'article L. 3221.2-1 du code de la santé publique.
- Les travaux de la CNSA sur l'annexion au certificat médical d'un troisième volet relatif aux fonctions neurodéveloppementales mentales, cognitives et psychiques.
- La stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale - Volet Handicap psychique décidé le 2 décembre 2016 lors du CIH.
- L'expérimentation « Une réponse accompagnée pour tous » (notamment à travers les PAG et les PCPE) et la réforme de la tarification Serafin PH.
- Les travaux de l'ANAP sur la santé mentale, sur la réhabilitation psychosociale et les expérimentations réalisées auprès des MDPH notamment dans le Nord-Pas de Calais, la Bretagne et l'Allier. Il existe également des expérimentations à la Réunion (sur la formation des professionnels de MDPH et le remplissage des certificats médicaux), dans l'Allier et la Sarthe.

- La loi de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle qui a été promulguée le 18 novembre 2016 et qui a un impact sur la configuration des TCI et le CNITAAT et donc sur les recours.

## Les effets d'un système « intégré » pour la personne handicapée

### a. Le point de vue des bénéficiaires et de leurs proches aidants

Pour ce travail, une vingtaine de personnes avec handicap psychique ont été rencontrées (entretiens individuels, focus group, observations et comité de pilotage). La majorité des personnes rencontrées avaient des potentialités d'expression qui leur permettent de verbaliser et de décrire leur accompagnement. Pour autant, les questions posées ont difficilement permis d'avoir une description développée concernant leur perception d'une gestion combinée du SAAD avec le SAMSAH. Les phrases qui sont systématiquement ressorties sont « c'est bien », « j'ai de bonnes relations », « c'est une chance », « ils sont gentils » ou « ça se passe bien ».

Bien que les descriptions des bénéficiaires rencontrés soient souvent avec un nombre de mots limités, des éléments concrets ressortent de leur discours :

*« L'information se passe plus facilement. Quand je dis à l'auxiliaire [du SAAD] qu'il faudra penser à dire ça à Mme Bertrand [du SAMSAH], elle le fait ».*

*« L'avantage est que le [SAAD] et le SAMSAH se sont réunis. Avant ils étaient situés à des zones géographiques différentes. Il fallait savoir où se trouvait le [SAAD], ce qui n'est pas simple. Et des fois il y avait des réunions à l'un ou à l'autre service. Ou il fallait chercher quelque chose au [SAAD] alors que j'étais au SAMSAH ».*

*« La dernière fois, l'infirmier [du SAMSAH] avait besoin de mon ordonnance, mais elle avait oublié de me le demander. Mais elle a pu le demander à l'aide à domicile qui lui a donné. C'est plus simple ».*

*(Discours de bénéficiaires - extrait carnet de terrain)*

Ces éléments, peuvent être interprétés comme un ensemble de signes qui viennent conforter le discours des professionnels sur une meilleure fluidité des parcours et une meilleure capacité d'adaptation. Cependant, ils ne doivent pas gommer la tension et les imperfections qui peuvent exister dans tout accompagnement. En effet, l'étude montre également que l'une des difficultés est de déterminer la répartition des tâches ou d'expliquer le changement dans les accompagnements conjoints ou de passage de relais entre les services. Cela peut produire des

situations de blocage et/ou d'incompréhension :

« Au début, le SAMSAH venait deux fois dans la semaine. Puis s'est mis en place le [SAAD]. L'ancien directeur n'a plus voulu que le SAMSAH vienne, je ne sais pas pourquoi. Avant c'était bien, c'était convivial, moi je suis seul. Le départ du SAMSAH, c'était une espèce d'abandon ». (Extrait de carnet de terrain).

« J'ai trouvé la transition un peu rapide entre le [SAMSAH et le SAAD] : j'étais habitué avec des personnes et d'un seul coup je me retrouve avec d'autres personnes. En plus au début du [SAAD] ce n'était jamais les mêmes personnes. Le SAMSAH a alors décidé qu'il fallait que ça soit la même personne car je perdais mes points de repère. Aujourd'hui je suis suivi par deux personnes du [SAAD]. Mais au début il y en avait au moins 5 ou 6 ». (Extrait de carnet de terrain).

« Maîtresse de maison d'un habitat inclusif : le SAMSAH intervient pour aider aux démarches administratives. S'il n'intervenait pas, c'est moi qui m'en occuperais avec la personne.  
Personne avec un handicap psychique : ça fait deux semaines que je n'ai pas vu Isabelle (professionnelle du SAMSAH) et c'est elle qui a mon dossier pour refaire ma carte de bus.  
Maîtresse de maison d'un habitat inclusif : si elle n'avait pas le dossier, j'aurais pu m'en occuper, je l'ai déjà fait pour d'autres résidents ». (Extrait de carnet de terrain).

Concernant cette répartition des tâches, l'étude montre qu'il y a bien des « règles » pour définir le partage des tâches entre les maîtresses de maison (dont certaines se considèrent « comme des auxiliaire de vie ») et le SAMSAH. Ces règles ont l'avantage d'être partagées par les professionnels de la même structure. Cependant, elles peuvent être vécues de manière arbitraire et comme ne s'enracinant pas nécessairement dans la situation de la personne accompagnée.

En réalité cette perception traduit deux approches différentes de l'aide à domicile qui viennent plus globalement interroger l'évolution du rôle des aides à domicile :

- L'approche par « liste d'actes » : Une des méthodes consiste à lister des actes possibles relevant du SAMSAH ou du SAAD. Ce type d'outil est souvent demandé par les acteurs de terrain et prend souvent la forme de référentiel. Ils ont l'avantage de créer un cadre qui peut paraître sécurisant. En même temps, cette approche a le défaut de figer des pratiques dans une réalité beaucoup plus complexe.

- L'approche « situationnelle » : Une autre démarche consiste à proposer une méthodologie de travail pour définir de manière non essentialiste ce qui relève du SAMSAH ou du SAAD. Il s'agit alors d'avoir une approche concertée et coordonnée avec les acteurs des deux services, les personnes concernées et les partenaires. Cette « collaboration élargie » ne permet pas de définir a priori ce qu'est un acte « SAMSAH » ou un acte « SAAD », mais elle fait dépendre la définition à la situation. L'approche situationnelle permet de considérer que ce n'est pas tant le champ de compétence du métier qui s'élargit, que la posture professionnelle et leur responsabilité.

Enfin, les bénéficiaires accompagnés conjointement rencontrés déclarent bien distinguer les professionnels qui relèvent du SAMSAH et ceux du SAAD. La gestion conjointe des deux services ne vient pas brouiller les statuts. Pourtant dans les SPASAD « classiques » (SAAD+SSIAD), la distinction est souvent plus compliquée. L'hypothèse qui peut être faite est que les tâches entre ce que font les SAMSAH (en particulier quand ils sont uniquement dans un rôle de « coordination ») sont suffisamment bien définies et différentes pour permettre à la personne, y compris lorsqu'elle a des troubles cognitifs et psychiques, de clairement se représenter la différence des deux services.

#### *b. Le point de vue des professionnels*

Les professionnels rencontrés décrivent plusieurs situations dans lesquelles la personne était accompagnée à l'origine par un SAAD extérieur à l'association et un SAMSAH de l'association pour ensuite être accompagnée par le SAAD et le SAMSAH de l'association côté cours.

Il n'a jamais été rencontré cet « ancien » service qui pouvait accompagner cette personne. Aussi le seul discours qui a été recueilli pour cette étude est celui des professionnels de « Côté Cours » pour ces situations conjointes. Dans ce cas, « l'autre service » est décrit comme ayant une « mauvaise approche », « n'ayant pas un bon accompagnement », « ne suivant pas les objectifs du SAMSAH qui avait été fixés », etc. Le risque analytique pour l'enquêteur est alors de considérer que les professionnels rencontrés pour cette étude sont dans un « bon accompagnement » et que ceux de « l'autre service » (SAAD extérieur à l'association) sont dans un « mauvais accompagnement ». Afin d'arriver à mettre en suspens ce « jugement de valeur » et comprendre les effets d'un accompagnement « intégré » SAAD-SAMSAH pour la personne du point de vue des professionnels, il peut être intéressant de s'appuyer sur le travail de Jeannette Pols. Il porte sur les soignantes aux Pays-Bas qui interviennent pour l'aide à la toilette auprès de personnes en situation de handicap avec un trouble psychique.

Son travail montre comment, à travers ce geste banal qu'est se laver, l'aide à « l'autonomisation » de la personne peut s'incarner de différentes manières pour ces professionnels. C'est-à-dire que la mise en acte pour l'aide à la toilette vient marquer plusieurs manières d'envisager et de promouvoir la citoyenneté des personnes et les caractéristiques nécessaires à leur participation à la vie collective.

- (Modèle 1) L'aide à la toilette peut être faite de manière à préserver l'intimité de la personne et matérialiser le fait qu'il possède une vie privée et des intérêts individuels : « Respecter la vie privée signifie autoriser les patients à être sales si c'est leur choix ou si c'est leur style ».
- (Modèle 2) Il peut également s'agir d'un savoir-faire de « base » à acquérir, à réapprendre ou à maintenir pour être indépendant. Ce type d'approche implique d'essayer autant que faire se peut que la personne se lave elle-même : « Le soignant donne des indications verbales et agit en tant que prothèse, effectuant ce que le patient ne peut faire pour lui permettre de faire ce qu'il peut faire ».
- (Modèle 3) Se laver peut être également envisagé comme un prérequis pour construire son projet de vie, développer ses propres potentialités et accomplir d'autres choses : sortir, aller travailler, rétablir des liens avec l'entourage, etc. La technicité de l'acte soignant ne porte alors pas tant sur la toilette que sur leur capacité à aider la personne à définir des objectifs permettant à la personne de s'intégrer dans la vie de la cité.
- (Modèle 4) La toilette peut être délivrée dans un objectif premier de mise en relation. Dans ce type de registre, il n'apparaît pas incontournable que la personne sache faire seule sa toilette. Le professionnel peut « faire à la place » de la personne (et non nécessairement « faire avec ») sans que cela remette en question la citoyenneté de la personne. Au contraire, selon Jeannette Pols, ce modèle « de citoyenneté relationnelle implique des opportunités pour agir politiquement et réfléchir de façon critique et bilatérale sur ce qu'est le bien commun, approchant ainsi l'idéal du "citoyen" qui a des responsabilités à l'égard des autres. On peut encore soutenir que le concept de citoyenneté relationnelle relie la citoyenneté à la "vie bonne", ou au fait d'"être humain". L'objectif est que la personne en situation de handicap soit reliée à d'autres personnes (le professionnel qui fera la toilette). Le professionnel pourra alors être dans une

pratique plus interventionniste que lorsque la toilette est considérée comme une activité privée ou un acte basique à acquérir.

Le travail de Jeannette Pols nous permet de mieux comprendre une partie des tensions à l'œuvre entre un SAAD géré par la même association que le SAMSAH et un SAAD extérieur à cette association. Le fait d'être géré par la même association permet au SAAD et au SAMSAH de porter la même vision de citoyenneté et au même moment. En effet, dans les propos rapportés, les SAAD « extérieurs » décrits par les professionnels semblent davantage porter le premier modèle de citoyenneté en préservant les intérêts individuels de la personne. Le SAMSAH quant à lui prônait davantage un modèle de citoyenneté de type « relationnel » au début (Modèle 4), pour tendre vers un modèle qui permettra à la personne de développer ses potentialités (Modèle 3). Depuis l'intervention du dispositif « intégré » SAAD-SAMSAH, et en particulier depuis la mise en place de locaux communs entre les deux services, les professionnels rapportent une meilleure cohérence des objectifs d'accompagnement et une plus grande flexibilité :

*« Depuis qu'on est dans les mêmes locaux, il y a une meilleure communication et plus de flexibilité des interventions : on voit une certaine unité. C'est plus simple pour nous d'aller dans le même sens et on réévalue les objectifs "quand on veut" ». (Extrait de carnet de terrain).*

*« Le rapprochement des deux services donne une meilleure légitimité aux auxiliaires qui s'autorisent à venir voir [les professionnels du SAMSAH] pour savoir ce qui se passe. En outre, cela inscrit leur intervention dans un processus de groupe qui facilite le travail dans le même sens. Ce n'est pas toujours le cas avec un SAAD extérieur à l'association ». (Extrait de carnet de terrain).*

Ce modèle de promotion des potentialités (modèle 3), comme celui qui valorise les intérêts personnels (modèle 1) ou les savoir-faire à acquérir (modèle 2), ne sont pas sans ambivalences:

- D'une part ces professionnels « sont là pour promouvoir la citoyenneté de la [personne] sans pour autant agir eux-mêmes comme des citoyens autonomes. Au lieu d'argumenter en faveur de leur intérêt particulier ou de s'occuper avant tout d'eux-mêmes, ce sont des professionnels qui aident d'autres personnes à devenir citoyens. Ils mettent ainsi leur propre citoyenneté entre parenthèses pour soutenir les [personnes], ce qui ne coïncide pas avec la définition de la citoyenneté, mais bien avec celle de leur professionnalisme (à moins de voir le soin en tant qu'autoréalisation) ».

- D'autre part, ces modèles de citoyenneté participent à la promotion et à l'injonction de l'autonomie : « la personne est qualifiée ou se sent autonome lorsque ses multiples délégations, associations, relations s'effacent, passent à l'arrière-plan, la soutiennent en étant devenues ou rendues invisibles, imperceptibles, négligeables et négligées, et que l'action ou la décision sont alors attribuées à la personne, autrement dit, lorsque s'opère un processus de séparation entre la personne et ce dont elle dépend » . Or la dimension normative de l'autonomie peut également heurter la personne elle-même (lorsqu'elle refuse de se laver seule par exemple) ou son entourage (une personne qui refuse de se laver peut avoir une apparence et une odeur qui indispose).

Le modèle relationnel (modèle 4) décrit un modèle de « dépendance » souvent perçu négativement dans le secteur médico-social, car il peut s'inscrire dans le « faire à la place de ». Cependant, cette expression « faire à la place de » peut être entendue de deux manières. Il peut s'agir d'une relation unilatérale et exclusive qui coupe de l'environnement et peut produire un sentiment d'enfermement. Ce type de relation a pu être décrite par des SAAD qui interviennent seuls ou indépendamment du SAMSAH.

Mais la dimension « passive » de ce modèle est également ce qui permet de laisser une part d'initiative et donc de capacité d'agir. Pour essayer de comprendre cette image d'une action « passive, mais active », on pourrait regarder bon nombre d'objets du quotidien qui nous permettent de faire des choses à notre place (aspirateur électrique, robot-mixeur, machine à laver, etc.) sans pour autant nous enlever notre capacité à agir. Au contraire, ils permettent d'augmenter nos ressources (ici, augmenter notre temps libre) pour faire d'autres choses.

### **Qu'est-ce que ce détour théorique nous apprend sur les « SAAD renforcés » handicap ?**

À travers les dispositifs « intégrés » SAAD - SAMSAH, on comprend qu'une manière d'arriver à mettre en place une « bonne » dépendance ou de promouvoir un modèle de citoyenneté qui permette de faire tenir les différents acteurs autour d'une situation est d'introduire un tiers dans l'organisation des SAAD. On peut faire l'hypothèse que la gestion commune d'un SAAD avec un SAMSAH permet de faire coexister deux fonctionnalités antagoniques et pourtant complémentaires. Dit autrement, le SAMSAH, quand il est dans un rôle principal de coordination, permet d'incarner le modèle d'une autonomie « pure » puisqu'il devra s'extraire de la relation permettant à la personne avec un handicap psychique de pouvoir fonctionner sans lui. En même temps, il vient arranger et construire des relations de dépendance avec d'autres services dont aura besoin la personne :

- La gestion conjointe d'un SAAD et d'un SAMSAH augmente ainsi les chances que la relation de dépendance qui s'établira par la suite entre le SAAD et la personne s'inscrive dans une citoyenneté réciproque.
- En outre le travail de formation, de supervision et de suivi du projet personnalisé du SAMSAH (et d'autant plus lorsqu'il est géré par la même structure que le SAAD) permettra plus facilement de mettre en place une « relation actante », c'est-à-dire permettant à la personne en situation de handicap d'agir plus facilement sur et dans son environnement.

## V. Exemples de quatre situations longitudinales

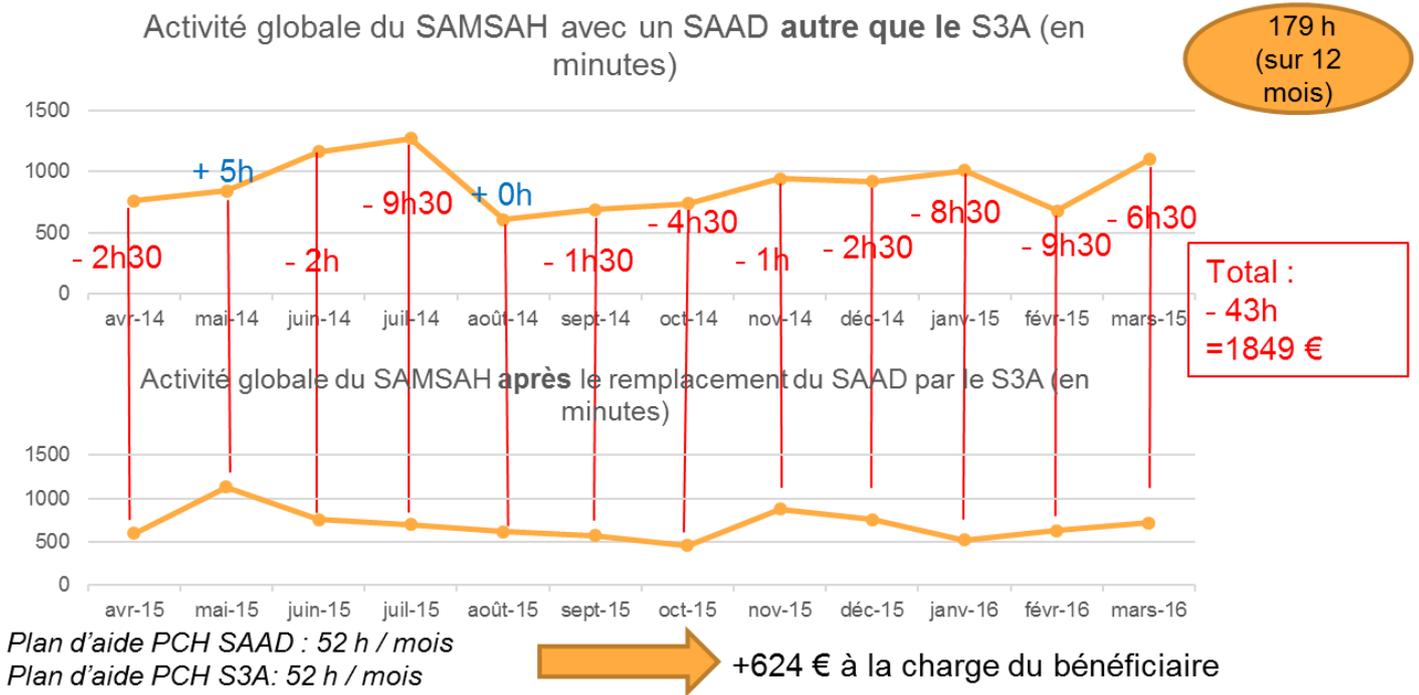
A travers l'analyse de 4 situations, Handéo a pu formuler les hypothèses suivantes pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques dans le cadre d'un dispositif « intégré » :

- Les dispositifs intégrés SAAD/SAMSAH permettent d'augmenter la file active du SAMSAH.
- En renforçant la dimension intégrée du dispositif SAAD/SAMSAH, on augmente les chances de pouvoir prendre en compte l'ensemble des besoins (y compris ceux liés aux aides humaines) avec une meilleure efficacité.
- Pour qu'une temporalité de relais se mette en place (passage d'un dispositif à un autre), les professionnels du service doivent savoir déléguer. Déléguer est une compétence qui s'apprend et donc s'inscrit dans un processus. C'est notamment accepter que la personne puisse faire différemment (la différence est souvent associée à un jugement de valeur « mieux » ou « moins bien »).

Chaque situation est décrite sur 2 X 12 mois :

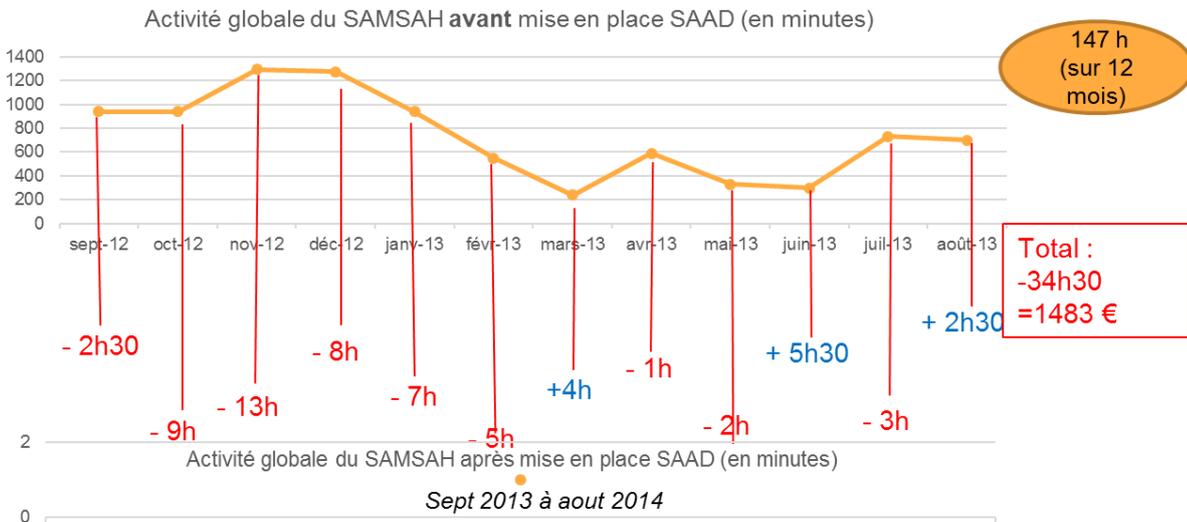
- ⇒ 12 mois avant la mise en place d'un SAAD intégré à l'association (appelé S3A) et 12 mois après sa mise en place.
- ⇒ Les unités de mesure sont les suivantes :
  - 1 personne accompagnée par ce SAMSAH coûte 21 300 euros à l'année :
    - 1 heure est évaluée à 43 euros sur la base des 35 heures pour 7,8 ETP
    - Sur 25 places autorisées, mais 36 personnes accompagnées, cela revient, en moyenne, à 343 heures d'accompagnement annuel par personne
  - 1 personne accompagnée par ce SAAD (S3A) coûte 19,40 euros de l'heure au département et 1 euro de l'heure lui est laissé à sa charge.

### Situation 1 : Passage d'un SAAD extérieur à un SAAD renforcé



Dans cette situation, le recours à un SAAD extérieur paraît plus coûteux pour le Département que le recours à un SAAD géré conjointement par l'association du SAMSAH. Cela participe notamment de la cohérence des actions, de valeur et de principe d'accompagnement partagé. Néanmoins, cette réduction des coûts pour le Département (de 1849 euros) se fait au détriment du bénéficiaire (qui a 624 euros de reste à charge).

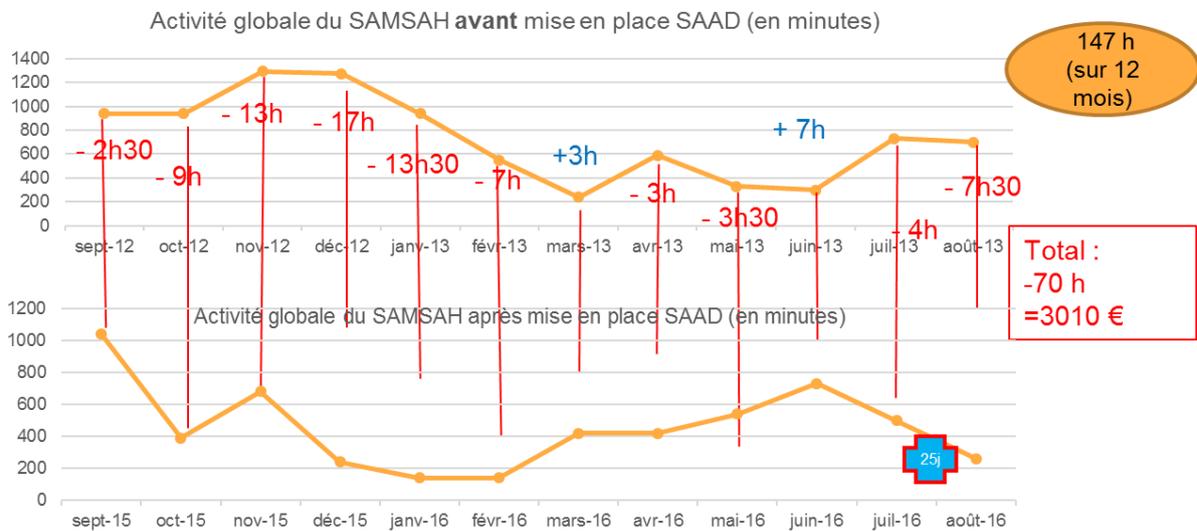
### Situation 2 : Mise en place progressive d'un SAAD intégré (1 an après)



Plan d'aide PCH : 24,66 h / mois

➔ 5741 euros

### Situation 2 : Mise en place progressive d'un SAAD intégré (3 ans après)



Plan d'aide PCH : 24,66 h / mois

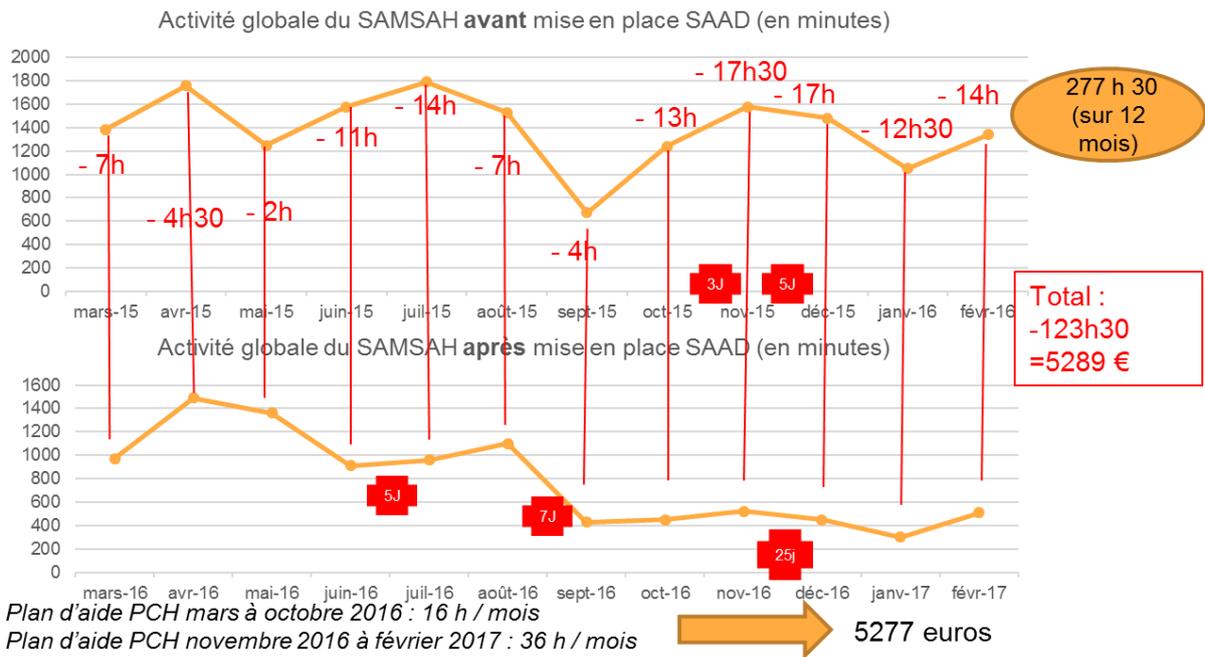
➔ 5741 euros

La montée en charge du S3A a pris du temps. En 3 ans, la réduction du temps d'activité du SAMSAH a doublé (diminution de 35 heures la première année contre 70 heures la troisième année).

Pour autant, le temps d'activité « économisé » par le SAMSAH n'est pas compensé par le temps d'activité du S3A. Cela ne veut pas dire pour autant que le Département ne fait pas d'économie. En effet, les activités du SAMSAH ne se superposent pas à celles du SAAD. Dit autrement, le « SAAD n'est pas un SAMSAH moins cher ». Il vient en complément des actions réalisées par le SAMSAH :

- Dans les besoins qu'il couvre, en particulier les actes essentiels et la vie quotidienne.
- Par le rythme pour lequel il délivre ces actes (intervention plus rapprochée du S3A).
- De par la logique de relais pour une partie des situations qui implique que le S3A se substitue au SAMSAH au bout d'un certain temps. Aussi, le temps de la « stabilisation » de la personne peut être coûteux au début mais permettre des économies à moyen terme (nombre et temps d'hospitalisation, qualité de vie de la personne, etc.). En outre, si le SAMSAH devait réaliser les actes du S3A, il pourrait accompagner moins de personne et donc le coût de l'accompagnement serait beaucoup plus élevé.

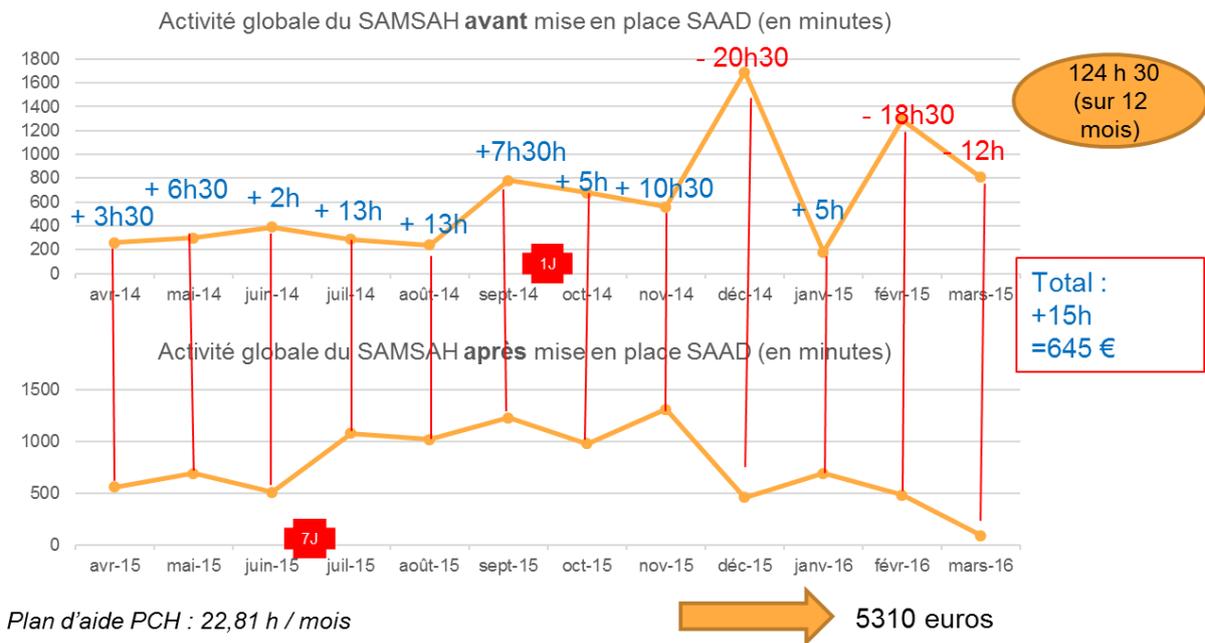
### Situation 3 : Accompagnement à l'équilibre



Pour certaines situations (alors que le S3A est « bien » installé), le nombre d'heures « économisées » par le SAMSAH est si important qu'il permet de fonctionner avec le même équilibre financier.

Pour cette situation, l'accompagnement conjoint SAAD - SAMSAH ne montre pas d'impact sur le nombre d'hospitalisations et leur durée (croix rouge sur le schéma).

## Situation 4 : Difficulté de coordination avec les soins ?



Cette situation ne montre pas une baisse de l'activité du SAMSAH. Il y a même une légère augmentation (+15h). Une des hypothèses est que le SAMSAH a encore des difficultés à se positionner dans un rôle de relais sur ce qui relève des « soins » (bien évidemment la question à se poser également est de savoir si les ressources pour permettre ce relais existent).

Par rapport aux trois autres situations, on peut noter la présence d'enfants (dont une personne de 20 ans qui vit avec la personne en situation de handicap).

Par exemple, le 22 avril 2016, un professionnel du SAMSAH indique sur le cahier de suivi : « *accomp de mme au pedicure + pharm et point fait avec la fille de mme qui voulais en savoir un peu plus sur la pris en charge de sa mere car comme elle vie a paris c est difficile pour elle de la suivre* » (durée de cette intervention : 2h).

D'une part, la distance d'un proche aidant augmente les temps d'échanges et d'explications (et donc le temps d'accompagnement du SAMSAH. D'autre part, on peut également se demander pourquoi cette action est réalisée par le SAMSAH et non par le SSIAD.

En effet, et c'est sans doute ce point le plus important, il y a également un SSIAD qui intervient. Au regard du cahier de suivi, le relais « aide humaine » semble bien être passé. Au regard des réunions de synthèse, ce relais semble néanmoins principalement venir en soutien aux aidants comme le laisse entendre la réunion synthèse de juillet 2013 : « *il faut que son entourage familial soit davantage plus présent, pour surveiller la prise de médicament et l'alimentation [et c'est sur ces points que le SAAD sera missionné]* ».

Cependant ce relais ne vient pas véritablement compenser les besoins de la personne en situation de handicap qui sont également des « soins ». Le SSIAD intervient pour le « traitement » (diabète, bas de contention, etc.). Cependant une dissociation semble faite entre le soin « relationnel » (SAMSAH) et le soin « technique » (SSIAD) qui maintient, voire augmente l'activité du SAMSAH qui devait se coordonner avec le SSIAD et qui doit se coordonner en plus avec le S3A :

- Cette absence de baisse de l'activité n'est-elle pas un signe que le SAMSAH devrait pouvoir se retirer au profit d'une réponse combinée SAAD/SSIAD (et éventuellement venir en soutien/supervision de ces services pour son expertise en santé mentale) ?
- L'IDEC du SSIAD indique qu'à partir du 23 mars elle fera la préparation du traitement psychiatrique, mais qu'il sera donné par les AVS le matin et le soir. La difficulté est que cette fonction n'apparaît pas dans la fiche de mission des AVS. Pourquoi ?
- Le SSIAD intervient pour de l'aide à la toilette (cahier de suivi du 4 janvier 2016). Pourquoi est-ce le SSIAD, mais pas le SAAD ?
- Le SAMSAH continue à organiser le régime alimentaire de la personne. Pourquoi cette fonction n'est pas déléguée au SSIAD ?
- Le SAMSAH prendra une heure pour expliquer le protocole de la coloscopie (cahier de suivi du 5 janvier 2016). Pourquoi cette fonction n'est pas faite par le SSIAD ou l'hôpital ?

## VI. Conclusion

En 2016, l'Observatoire national des aides humaines, porté par Handéo, s'est intéressé aux freins et leviers de coopération entre les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et les autres structures sociales, médico-sociales et sanitaires. L'étude analysait plus particulièrement les coopérations avec les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH), et leurs effets pour leurs bénéficiaires.

En effet, de nombreux chantiers politiques convergent vers une redéfinition des solutions à apporter aux personnes en situation de handicap : la démarche « une réponse accompagnée pour tous », la mise en place des « pôles de compétences et de prestations externalisées » (PCPE), les stratégies quinquennales de l'évolution de l'offre médico-sociale du Comité Interministériel du Handicap (CIH), les expérimentations des services polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), la réforme SERAFIN PH, celle du système de nomenclature des autorisations, etc.

Ces différents travaux participent à promouvoir une offre de « paniers » de services, plateformes de réponses et de dispositifs systémiques dans le secteur du handicap. Dans ce contexte, Handéo a réfléchi à la manière de valoriser et mieux reconnaître le rôle « pivot » des SAAD ainsi que la flexibilité de ce type d'accompagnement qui n'est pas contraint par des « logiques d'orientation », de « listes d'attente » ou de « barrières de l'âge ».

Pour cela, Handéo s'est intéressé aux modalités de coopération entre ces services d'aides humaines et les autres structures sociales, médico-sociales et sanitaires. Ainsi, une recherche exploratoire a été réalisée en 2016 pour analyser plus spécifiquement l'articulation de SAAD avec des SAVS et/ou SAMSAH.

Ce premier état des lieux réalisé a montré l'intérêt de « services d'aides humaines renforcés » qui **Combinent** des réponses modulables, **Coordonnent** des solutions pour les personnes en situation de handicap et **Consolident** les possibilités d'accompagnement au quotidien. Fort de ce constat, Handéo a souhaité déployer en territoire des expérimentations permettant de combiner des services d'aides humaines avec des SAVS/SAMSAH. Ces combinaisons pourraient également se faire avec des Services d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD), des Instituts Médico-éducatifs (IME), des services d'Hospitalisation à Domicile (HAD), des établissements « hors les murs », etc.

A travers Côté Cours, c'est l'expérimentation d'un « SAAD renforcé » handicap psychique qui est analysé en 2017 (appelé également « SPASAD »). Après 12 mois de suivi régulier du service on peut conclure que ce type de dispositif « intégré » favorise la construction de **réponses modulables, graduées et évolutives**, en particulier lorsqu'il s'appuie sur des « habitats inclusifs ». En étant insérés dans une palette d'offres, ces dispositifs sont en mesure de proposer tout une « chaîne » de réponses pouvant plus facilement **s'adapter aux besoins et attentes des personnes** (qui peuvent être intermittents et/ou fluctuants). Ils peuvent également **s'adapter aux « étapes de la vie »** de la personne : départ d'établissement avec hébergement, phase de test pour l'autonomisation de la personne, accompagnement en milieu ordinaire, etc.

En 2016, Handéo identifiait déjà des difficultés de coopération concernant le turn-over des équipes, les difficultés de recrutement, la valeur différentielle des « cultures » de métier, l'historicité et l'organisation des services sur le territoire, les règles de partage d'information et l'imperméabilité des systèmes d'information, les problématiques de frontière entre l'aide et le soin, etc.<sup>26</sup>

D'un point de vue technique, les combinaisons entre services et les coopérations entre professionnels ont également des effets ambivalents au niveau de la compatibilité des systèmes d'information informatique : appropriation de l'outil, précision de l'information transmise, choix du vocabulaire, culture de métier, concurrence du marché des éditeurs de logiciel, etc. Dans ce contexte, les enjeux de communication apparaissent également comme une des clés de voute pour dépasser les frontières des corporatismes et décloisonner les institutions ainsi que pour favoriser des « dynamiques d'alliance » opérant sur les « territoires d'intervention ». Néanmoins, les professionnels de l'expérimentation décrivent l'apport des technologies de la communication à distance comme très marginale. Le temps qu'elles occupent par rapport aux bénéfices qu'elles apportent peuvent apparaître comme une charge supplémentaire déconnectée au regard des objectifs d'intervention. Au regard du système d'acteurs impliqués dans l'expérimentation, ce rapport peut être difficilement perçu, sauf dans quelques cas, en faveur de la communication à distance via le numérique. En même temps, les équipes de l'expérimentation témoignent d'un bénéfice secondaire : pour surmonter les problématiques d'appropriation d'un nouveau logiciel d'information informatique, elles ont été

---

<sup>26</sup> Handéo, État des lieux pour définir un cadre d'expérimentation des dispositifs combinés et intégrés SAAD - SAMSAH/SAVS (« SPASAD » handicap adulte ), Mars 2017. [En ligne] <http://www.handeo.fr/l-observatoire/etat-des-lieux-pour-definir-un-cadre-d'experimentation-des-dispositifs-combines-et>

« contraintes » de mettre en place une autre forme de communication entre le SAMSAH et le SAVS. Elles ont donc privilégié une communication directe qu'elles n'avaient pas ou peu auparavant.

Deux autres points de vigilance peuvent également être ajoutés :

- L'importance de bien définir en amont la manière dont les équipes doivent s'organiser entre elles (par exemple dans un projet de service) et de les faire se rencontrer.
- Le risque de créer un système qui limite les collaborations avec l'extérieur du fait d'avoir internalisé une partie des réponses.

# Bibliographie

Acef S., Jaeger M., Trouvé H., (sous la dir.). « *Services d'accompagnement et de soins : de la coopération à l'intégration* ». Vie sociale n°6, 2014

ANESM, « *Enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bienveillance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile* », Volet 1, juin 2014

Bloch M-A., Henaut L., Sardas J-C., Gand S., *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Fondation Paul Bennetot, 2011

Cahier B., 2006, « *Actualité de Norbert Elias : réception, critiques, prolongement* », Socio-logos, N°1

CEDIAS-CREAI idf, *Évaluation des situations de handicap d'origine psychique - volet 2 : synthèse de la phase « terrains »*, Recherche-action conduite par le CEDIAS-CREAI IdF, en collaboration avec les CREAI Bretagne, Alsace et Rhône-Alpes, 2008

CNSA. MAIA. *Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie*. Les cahiers pédagogiques de la CNSA. 2014

Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*. Paris, Le Seuil, 1981 (1977)

Elias N., « *Les transformations de la balance des pouvoirs entre les sexes. Étude sociologique d'un processus à travers l'exemple de l'État romain antique* », Politix, 13/51, 2000

Friedberg E., *Le pouvoir et la règle*. Paris, Le Seuil, 1997

Handéo - ANCREAI « *Étude sur l'accompagnement à domicile des personnes adultes en situation de handicap psychique* », 2016

Handéo, *État des lieux pour définir un cadre d'expérimentation des dispositifs combinés et intégrés SAAD - SAMSAH/SAVS (« SPASAD » handicap adulte)*, 2017

Handéo, *comprendre le handicap, pour mieux accompagner les adultes en situation de handicap psychique*. Guide Handéo, 2017

Handéo. *Recensement d'outils d'évaluation des besoins de compensation en aides humaines : Pour les personnes autistes et/ou avec un trouble psychique, cognitif et/ou une déficience mentale*. Réalisé par Cekoia Conseil. 2018

Le Gall D., Martin C., *pas de social sans bricolage. Analyse d'une expérience de recherche-action en vue d'élaborer une action sociale locale*. Centre de recherche sur le travail Social, 1985

INPES (Léon C., Périsset C., Kreft-Jais C.), *Perception et satisfaction des aidants professionnels dans le cadre du dispositif MAIA*. Évolution N°28, 2013

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale - Volet Handicap polyhandicap*, 2017

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale - Volet Handicap psychique*, 2017

Moine A., *Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie*. L'espace géographique, Tome 35, 2006

Piveteau D., « Zéro sans solution » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*. Tome I - RAPPORT, 2014

Pols J., « Laver le citoyen », *SociologieS, Découvertes / Redécouvertes*, Jeannette Pols, 2014 (2006)

Rosnay (de) J., *Le macroscopie. Vers une vision globale*. Paris, Le Seuil, 1975.

Winance M., *Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médico-sociales*. Commentaire. Sciences Sociales et Santé, Vol . 25, n° 4, décembre 2007.



DONNER LES MOYENS  
À CHACUN D'ÊTRE CITOYEN

(Re)découvrez aussi :



14, rue de la Tombe Issoire - 75014 PARIS  
Tél. : 01 43 12 19 29 ■ [caphandeo@handeo.fr](mailto:caphandeo@handeo.fr)  
[www.handeo.fr](http://www.handeo.fr)

L'histoire continue sur ...

