

Etude pour la création d'un  
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
Foyer Triade

Etude réalisée par :  
Gaelle ASTIER  
Matthieu DEMARQUEZ,  
Conseillers techniques au CREAHI d'Aquitaine

Avril 2003

# Sommaire

<b>Préambule</b>	3
<b>1<sup>ère</sup> Partie</b>	
<b>Introduction</b>	5
<b>1. Méthodologie</b>	6
1.1 Champ de l'enquête	6
1.2 Définition de la population concernée (Rappel)	6
1.3 Evaluation de la participation	6
1.4 Vérification des données	7
1.5 Traitements des doublons	7
1.6 Exploitation du fichier de données	7
<b>2. Résultats de l'étude</b>	9
2.1 Répartition par sexe et âge des candidats	9
2.2 Modes de vie de la population	11
2.3 Les prises en charge actuelles	12
2.4 Origine géographique des candidats potentiels du SAVS	14
2.5 Reconnaissance COTOREP et taux d'invalidité	16
2.6 Origines des ressources personnelles	17
2.7 Possibilité de demande d'entrée dans le SAVS	18
2.8 Difficultés relationnelles et dans la vie quotidienne	19
2.9 Les attentes des partenaires du futur SAVS	20
<b>Conclusion</b>	22
<b>2<sup>ème</sup> Partie</b>	
<b>1. Le contexte</b>	24
1.1 Le contexte général	24
1.2 Le contexte départemental	27
<b>2. Enquête auprès des partenaires potentiels</b>	29
2.1 Données générales	29
2.2 Les missions du SAVS	31
2.2.1 Synthèse des attentes des partenaires potentiels du SAVS	31
2.2.2 Fiches récapitulatives des attentes des partenaires du SAVS	32
2.3 Le fonctionnement du SAVS	36
<b>Annexe 1 : Le questionnaire</b>	38
<b>Annexe 2 : Les structures ayant répondu à l'enquête</b>	39

# PREAMBULE

---

*Le foyer à double tarification Triade est une structure de soins et de réinsertion sociale de 35 places prenant en charge des « adultes présentant des troubles psychotiques ou névrotiques graves rendant nécessaire une assistance au long cours avec une surveillance médicale et des soins constants ».*

Dans le cadre de ses missions, l'équipe du FDT Triade a fait le constat d'une carence d'accompagnement social des personnes à l'issue de leur prise en charge créant ainsi les conditions d'un repli sur soi et mettant en péril leur intégration dans la Cité.

Ce constat a dans un premier temps conduit l'équipe à mettre en place des réponses en termes d'accompagnement et de soutien des personnes à leur sortie de Triade dans la limite des moyens institutionnels disponibles (accompagnement au moment de l'emménagement, démarches administratives, visites à domicile...). Dans un deuxième temps elle s'est engagée dans une réflexion pour la création d'un dispositif pérenne sous la forme d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.

Ce service se destine à des personnes de 18 à 60 ans handicapées psychiques, aptes à une vie en milieu ordinaire mais confrontées à des difficultés sociales du fait de leurs symptômes. Le projet s'articule autour de la mise en œuvre de cinq notions-clés : accompagnement individualisé et contractualisé, restauration du lien social, médiation avec les partenaires sociaux, disponibilité auprès de l'utilisateur, évaluation régulière de chaque situation. Il est à souligner par ailleurs que le projet ne se présente pas comme un service de suite du foyer Triade mais comme un service d'accompagnement ouvert aux usagers de services extérieurs au foyer Triade et aux personnes sans prise en charge.

Pour l'accompagner dans son projet, le foyer Triade a sollicité le CREAHI Aquitaine pour la réalisation d'une étude qualitative et quantitative des besoins des personnes potentiellement concernées par ce dispositif et la définition des attentes et des besoins des partenaires du SAVS.

L'intervention du CREAHI vise d'une part à recenser quantitativement les personnes susceptibles de bénéficier des services d'un SAVS (enquête par questionnaire adressés aux partenaires de la prise en charge : secteur psychiatrique, centres de post-cure, hôpitaux de jour pour grands adolescents...<sup>1</sup>) et d'autre part à préciser les conditions préférentielles de fonctionnement du SAVS au regard des attentes, des besoins et des volontés de partenariat exprimés par les partenaires (enquête par entretien semi-directif auprès des partenaires potentiels du SAVS : services de tutelle, services psychiatriques, cliniques...).

Le document présenté ici restitue les données quantitatives et qualitatives produites par l'enquête assorties de leurs éléments d'analyse et d'interprétation mis en regard du contexte et des questions de départ du commanditaire.

---

<sup>1</sup> Ce recensement concerne des usagers situés sur le territoire de la Communauté Urbaine de Bordeaux

# 1ere Partie

# Introduction

---

Nous allons nous intéresser dans cette première partie à l'étude quantitative et qualitative des candidats potentiels au futur SAVS.

Dans ce cadre, un questionnaire<sup>2</sup> a été élaboré en collaboration avec l'équipe de Triade. Ce dernier comportait plusieurs indicateurs permettant de se prononcer sur l'adéquation du profil des candidats par rapport au projet du futur SAVS. Ces variables concernaient :

- ✓ Le sexe
- ✓ L'année de naissance
- ✓ Le mode de vie
- ✓ Le nombre et la nature des prises en charge actuelles
- ✓ La commune du domicile
- ✓ La reconnaissance du handicap par la COTOREP et le taux d'invalidité
- ✓ L'origine des ressources
- ✓ La capacité à comprendre un contrat et à faire une demande de suivi
- ✓ Les difficultés relationnelles et dans la vie quotidienne

Deux catégories de public ont fait l'objet du recensement : les personnes bénéficiant au moment de l'enquête d'une prise en charge institutionnelle ou ambulatoire et les personnes sans prises en charge.

Le projet du SAVS Triade s'adresse à des personnes souffrant de handicap psychique vivant en milieu ordinaire (ou aptes à y vivre) mais confrontées à des difficultés sociales du fait de leurs symptômes. Ces personnes doivent être demandeuses des soins et d'un accompagnement social.

C'est pour cette raison, que chaque structure contactée devait remplir une fiche pour chaque individu âgé de 20 à 59 ans, résidant dans la Communauté Urbaine de Bordeaux<sup>3</sup> (la zone d'intervention du SAVS ne devant pas être trop importante puisque l'équipe est amenée à se rendre au domicile des bénéficiaires) et vivant de manière autonome ou pour lequel un projet de sortie à court terme, vers une vie autonome pouvait être fait.

L'analyse quantitative et qualitative des individus ne prendra en compte que les personnes possédant les caractéristiques souhaitées selon la méthode présentée dans les pages qui suivent. On procèdera, ainsi, à une analyse descriptive des variables nommées précédemment.

---

<sup>2</sup> Voir exemplaire en annexe

<sup>3</sup> CUB : Ambarès, Ambès, Artigues, Bassens, Bègles, Blanquefort, Bouliac, Le Bouscat, Bruges, Carbon-Blanc, Cenon, Eysines, Floirac, Gradignan, Le Haillan, Lormont, Mérignac, Parempuyre, Pessac, Saint-Aubin-du-Médoc, Saint-Louis-de-Monferrand, Saint-Médard-en-Jalles, Saint-Vincent-de-Paul, Le Taillan, Talence, Villenave d'Ornon.

# 1. Méthodologie

## 1.1 Champ de l'enquête

Afin d'être le plus exhaustif possible concernant les établissements susceptibles d'orienter un individu vers le futur SAVS, plusieurs types de structures ont été contactés. Ainsi, l'enquête couvre l'ensemble des secteurs suivants :

- Les services de tutelle
- Les IR pour grands adolescents
- Les cliniques de santé mentale
- Les secteurs de psychiatrie adultes n°3 à n°14<sup>4</sup> (CMP, CATTP, services d'hospitalisation complète et hôpitaux de jour)
- Les centres de post-cure pour malades mentaux
- Les services d'accompagnement à la vie sociale et professionnelle
- Foyer Triade en tant que promoteur
- L'UNAFAM (association de familles de malades psychiques)

## 1.2 Définition de la population concernée (Rappel)

L'échantillon de base est constitué de personnes souffrant de handicap psychique vivant en milieu ordinaire (ou aptes à y vivre) mais confrontées à des difficultés sociales du fait de leurs symptômes. Ces personnes doivent bénéficier de soins et être demandeuses d'un accompagnement social. Elles ont acquis un certain degré d'autonomie et montrent une capacité minimale à gérer le quotidien.

Ainsi, chaque fiche remplie devait faire référence à une personne souffrant d'un handicap psychique, vivant de manière autonome ou pour laquelle un projet de sortie, à court terme (avant fin juin 2003), vers une vie autonome était prévue. La personne devait, également être âgée de 20 à 59 ans et résider dans une commune de la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB).

## 1.3 Evaluation de la participation

Globalement, la participation à l'enquête est satisfaisante puisque 271 questionnaires provenant des différentes structures nous ont été retournés. De plus, une grande partie de la CUB est représentée : Bordeaux, Talence, Pessac, Le Bouscat, Cenon, Bordeaux Caudéran, Bruges...

**Cette bonne participation montre d'une part l'intérêt manifesté autour de ce projet de création d'un SAVS et va permettre, en outre, de faire une caractérisation de la population avec une bonne garantie quant à sa fiabilité.**

Cependant, on peut déplorer la faible participation des secteurs de psychiatrie adulte (seulement 4 secteurs sur les 12 contactés ont participé) qui ne nous ont transmis que 56 questionnaires.

---

<sup>4</sup> C'est-à-dire dont le territoire d'activité correspond en partie ou en totalité à des communes de la CUB.

## ***1.4 Vérification des données***

Nous avons travaillé sur des données contenant des informations sur 271 personnes, souffrant d'un handicap psychique, âgées de 20 à 59 ans. Une vérification des données à travers un descriptif de toutes les variables considérées et de leurs valeurs manquantes s'est révélée nécessaire. A l'issue de cette étape, ayant constaté que 5 enregistrements étaient hors champ (c'est-à-dire soit au niveau de la domiciliation, soit au niveau de l'âge des individus), nous avons procédé à leur suppression. **Le fichier ainsi vérifié comporte donc 266 enregistrements.**

## ***1.5 Traitement des doublons***

Etant donné que cette enquête faisait appel à des structures complémentaires au niveau des prises en charge et que les personnes entrant dans le champ de l'étude pouvaient faire l'objet de plusieurs prises en charge simultanées, la présence de doublons dans le fichier de données était fort probable. C'est pour cette raison que nous avons procédé à une recherche systématique de ces doublons en identifiant les individus faisant l'objet d'au moins deux prises en charge en fonction de plusieurs variables : l'année de naissance, le mode de vie, le nombre de prise en charge, la nature de ces prises en charge, la commune de domicile de la personne, la reconnaissance du handicap par la COTOREP et le taux d'invalidité. Cette recherche a permis de dénombrier 4 doublons qui ont été éliminés de la base de données.

**A la suite de cette étape, on se retrouve avec un fichier de 262 individus distincts.**

## ***1.6 Exploitation du fichier de données***

Afin, d'exploiter un fichier de données ne comportant que les personnes susceptibles d'être accueillies par le futur SAVS, une variable « score » a été calculée à partir de la question 13 permettant ainsi, de supprimer les personnes ne correspondant pas au profil recherché (c'est-à-dire étant soit trop autonomes, soit trop dépendantes).

Ainsi, nous avons attribué 1 point lorsque la case cochée correspondait à la réponse « Oui, toujours/souvent », 2 points pour la réponse « Oui, parfois » et 3 points pour « Non, jamais ou presque jamais » ; les non-réponses ou les « Ne sait pas » n'apportant pas de points. Une exception apparaît, cependant, pour la 4<sup>ème</sup> interrogation de la question 13 : « A-t-elle des comportements asociaux, violents ? » pour laquelle les points ont été inversés du fait du sens de la question.

**Seules les personnes ayant un score compris entre 18 et 28 seront conservées dans l'échantillon et verront leur caractéristiques socio-démographiques étudiées dans la partie analyse.**

Le score moyen étant de 24, on peut remarquer que l'intervalle d'acceptation n'est pas symétrique. En effet, l'intervalle est plus ample vers les scores les moins élevés ; les personnes moins lourdement atteintes étant ainsi conservées car elles correspondent à la population souhaitée pour le SAVS.

D'autre part, il est important de préciser qu'un redressement du score sera fait lorsqu'il y aura des non-réponses ou des « Ne sait pas » pour arriver à un score compris entre 12 et 36.

Pour mieux comprendre la façon dont se calcule le score, nous allons étudier un exemple concret :

<b>La personne...</b>	<b>Oui, toujours/souvent</b>	<b>Oui, parfois</b>	<b>Non, jamais ou presque jamais</b>	<b>Ne sait pas</b>	<b>Score</b>
Se prend-elle en charge pour consulter un médecin et se conforme-t-elle aux prescriptions ?	X				<b>1</b>
Cherche-t-elle en général à établir des liens		X			<b>2</b>
A-t-elle conscience de ses difficultés		X			<b>2</b>
A-t-elle des comportements asociaux, violents			X		<b>1</b>
Est-elle capable de différer, de supporter la frustration ?	X				<b>1</b>
Sait-elle se protéger des abus éventuels, ne pas être une « proie facile » ?	X				<b>1</b>
Organise-t-elle son temps libre et ses loisirs ?		X			<b>2</b>
Sait-elle gérer son budget, ses biens		X			<b>2</b>
Sait-elle gérer ses droits et défendre ses intérêts ?				X	<b>0</b>
Est-elle autonome dans ses déplacements ?			X		<b>3</b>
Sait-elle gérer le quotidien : ménage, courses, cuisines ?		X			<b>2</b>
Est-elle soucieuse de sa présentation (toilette, vêtement) ?	X				<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>4x1</b>	<b>5x2</b>	<b>1x1+1x3</b>	<b>1*0</b>	<b>18</b>

Cette personne a un score égal à 18. Cependant une réponse du type « Ne sait pas » a été sélectionnée, c'est pour cette raison qu'un redressement du score doit être opéré. Ainsi, le nouveau score de l'individu sera de :  $18 \times 12 / 11 = 19,6$ .

Cet individu sera, donc, conservé dans la base de données qui sera exploitée par la suite.



Le calcul du score permet de conserver 185 individus distincts âgés de 20 à 59 ans et habitant la CUB. Ainsi, chaque variable étudiée ne le sera que pour les 185 personnes entrant dans le cadre posé précédemment.

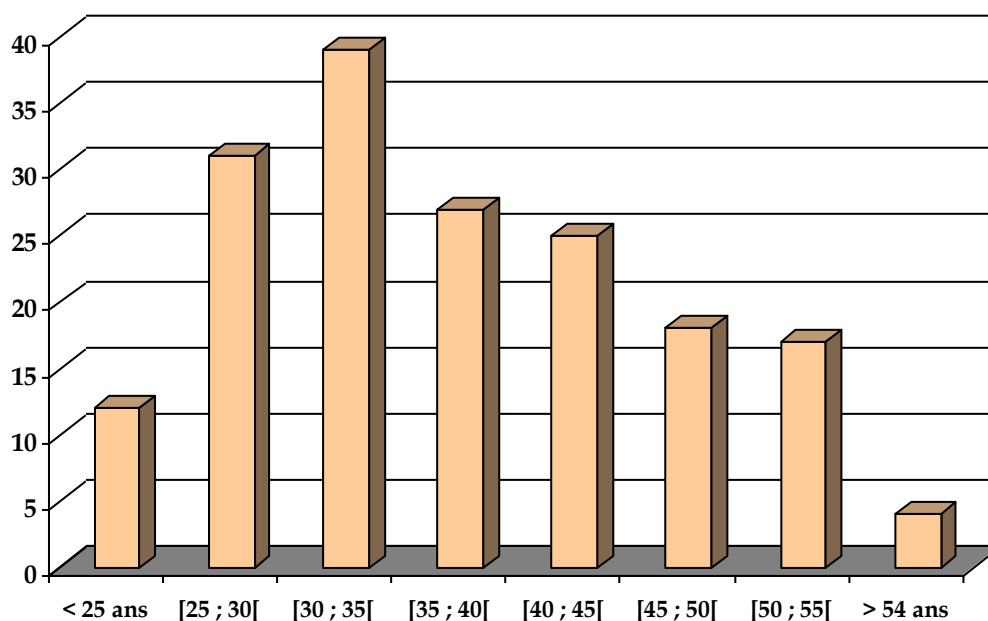
## 2. Résultats de l'étude

### 2.1 Répartition par sexe et âge des candidats

En tout premier lieu, on constate que la population considérée est majoritairement de sexe masculin. En effet, 60% des personnes pouvant potentiellement correspondre à la population souhaitée pour le futur SAVS sont des hommes contre 40% de femmes.

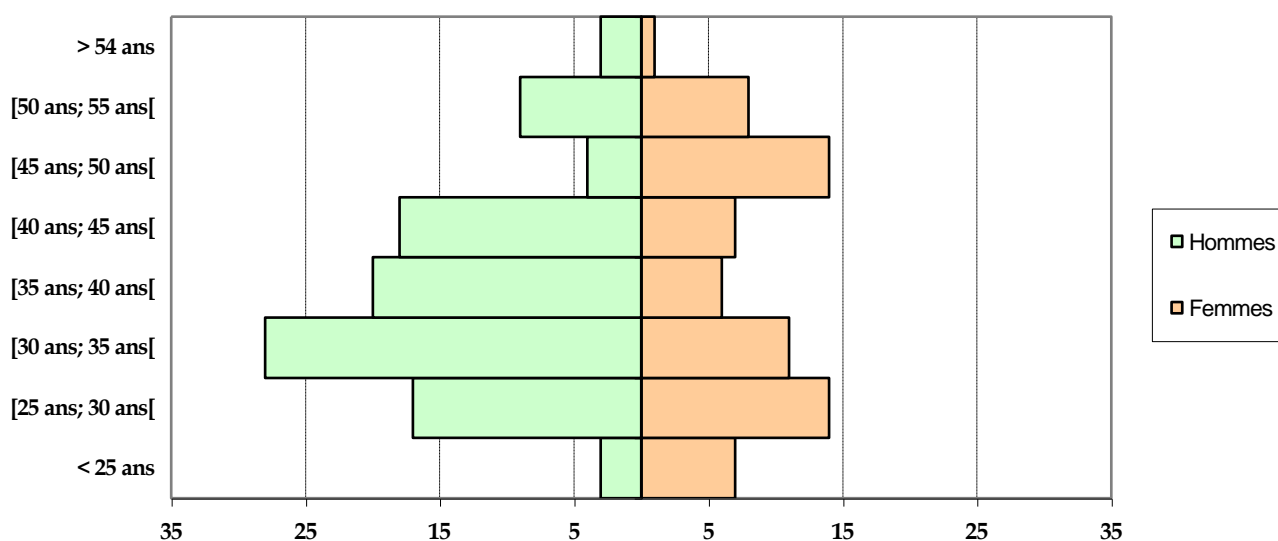
- **La répartition par tranche d'âge (cf. Graphique 1) montre que la majorité des individus considérés (63%) a moins de 45 ans ; la classe d'âges la plus représentée étant celle des 30-34 ans avec 22,5% de la population.** Plus précisément, on observe une augmentation des effectifs avec l'âge jusqu'à la classe des 30-34 ans puis au contraire à une baisse régulière des effectifs jusqu'à celle des 55 ans est plus (2,3%). Ainsi, il n'est pas étonnant de trouver que la moyenne d'âge de la population considérée est de 35,9 ans quelque soit le sexe.

**Graphique 1 : Répartition de la population en fonction de l'âge**



En outre, il apparaît, lorsque l'on s'intéresse à la répartition par âge en fonction du sexe, que la moyenne d'âge n'est pas significativement différente entre les deux sexes. En effet, elle est de 35,1 ans pour les hommes et de 36,2 ans pour les femmes.

**Graphique 2 : Répartition de la population en fonction de l'âge et du sexe**



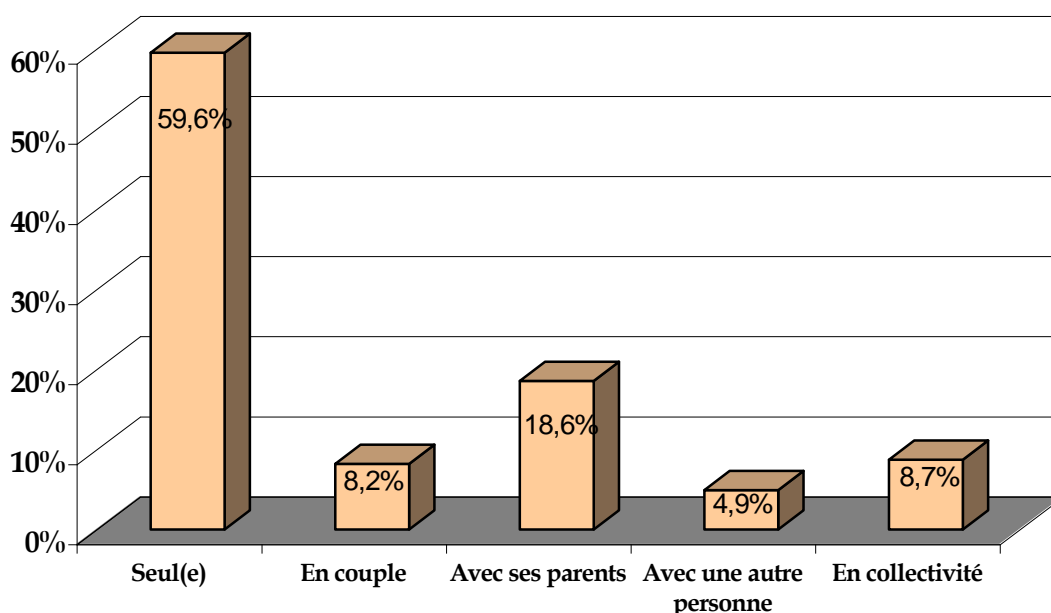
Malgré cette moyenne, **on observe quelques différences entre les hommes et les femmes au niveau de la répartition par âge.** Ainsi, les femmes sont réparties de façon plus homogène entre les différentes classes d'âge comparées aux hommes. Ces derniers sont peu nombreux aux âges extrêmes (âge inférieur à 25 ans ou supérieur à 54 ans) et ont tendance à se regrouper vers les âges intermédiaires ( de 25 à 44 ans).

## 2.2 Modes de vie de la population

En ce qui concerne leur mode de vie, les candidats potentiels du futur SAVS vivent, au moment de l'enquête, pour la plus grande part (59,6%) seuls, les individus vivant avec leurs parents arrivant en seconde position (18,6%).

Par ailleurs, le mode de vie le moins répandu est celui consistant à habiter avec une personne autre que le conjoint ou les parents.

Graphique 3 : Répartition des candidats potentiels en fonction de leur mode de vie



On remarque, également, que la part des individus considérés vivant en couple représente près de 10% des candidats. Par ailleurs, ceux vivant en collectivité, c'est-à-dire bénéficiant d'une prise en charge institutionnelle, tiennent une place non négligeable dans la population puisqu'ils représentent 8,7% de celle-ci.

De plus, un test de comparaison de répartition (Khi-deux) montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes du point de vue du mode de vie.

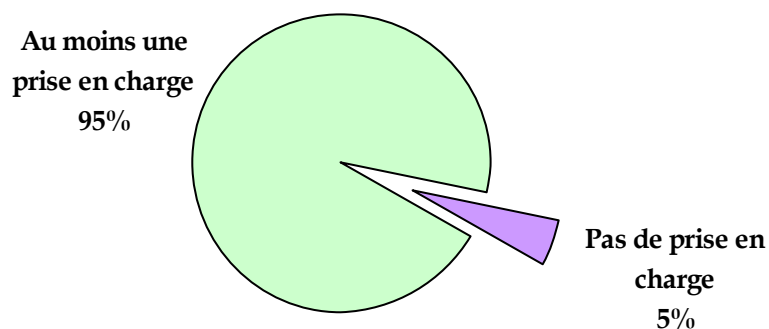
**Ainsi, on peut voir apparaître une caractéristique importante des candidats potentiels du SAVS, c'est une certaine autonomie des personnes concernant leur mode de vie. Ces personnes arrivent pour la plupart à se prendre en charge de ce point de vue.**

## 2.3 Les prises en charge actuelles

Nous allons maintenant nous intéresser à l'interrogation du questionnaire concernant une éventuelle prise en charge au moment de l'enquête.

L'étude de cette variable montre que la quasi-totalité des individus (95%) font l'objet d'une ou de plusieurs prise(s) en charge au moment de l'enquête, ce qui est assez logique vu que les organismes sollicités pour ce recensement mettent directement en œuvre des prises en charge, excepté l'UNAFAM. Il est intéressant de noter le fait qu'on a pu repérer des personnes en dehors de tout circuit (5% de la population étudiée).

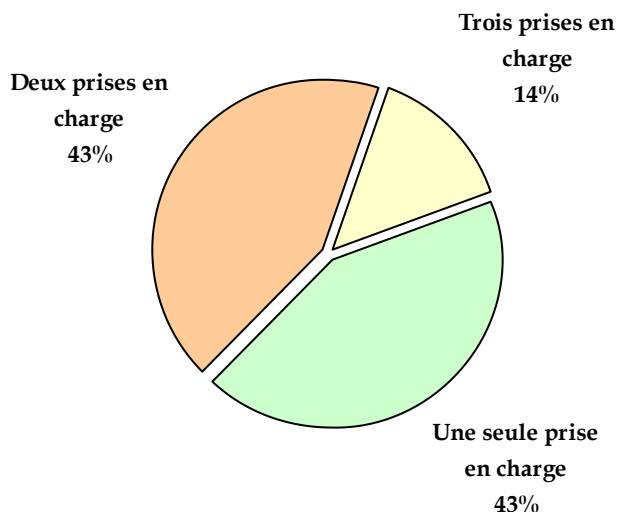
**Graphique 4 : Répartition de la population considérée en fonction d'une éventuelle prise en charge**



**Au niveau du nombre de prises en charge dont les candidats potentiels font l'objet, on note un maximum de 3 prises en charge pour un même individu.** Nous allons donc nous intéresser plus particulièrement à cette population et au type de prise en charge dont elle fait l'objet.

Ainsi, **la majorité des personnes (57%) considérées font l'objet d'une multiplicité de prise en charge** ; parmi elles, le 1/4 a trois prises en charge.

**Graphique 5 : Répartition de la population faisant l'objet de prise en charge en fonction du nombre de prises en charge par individu**



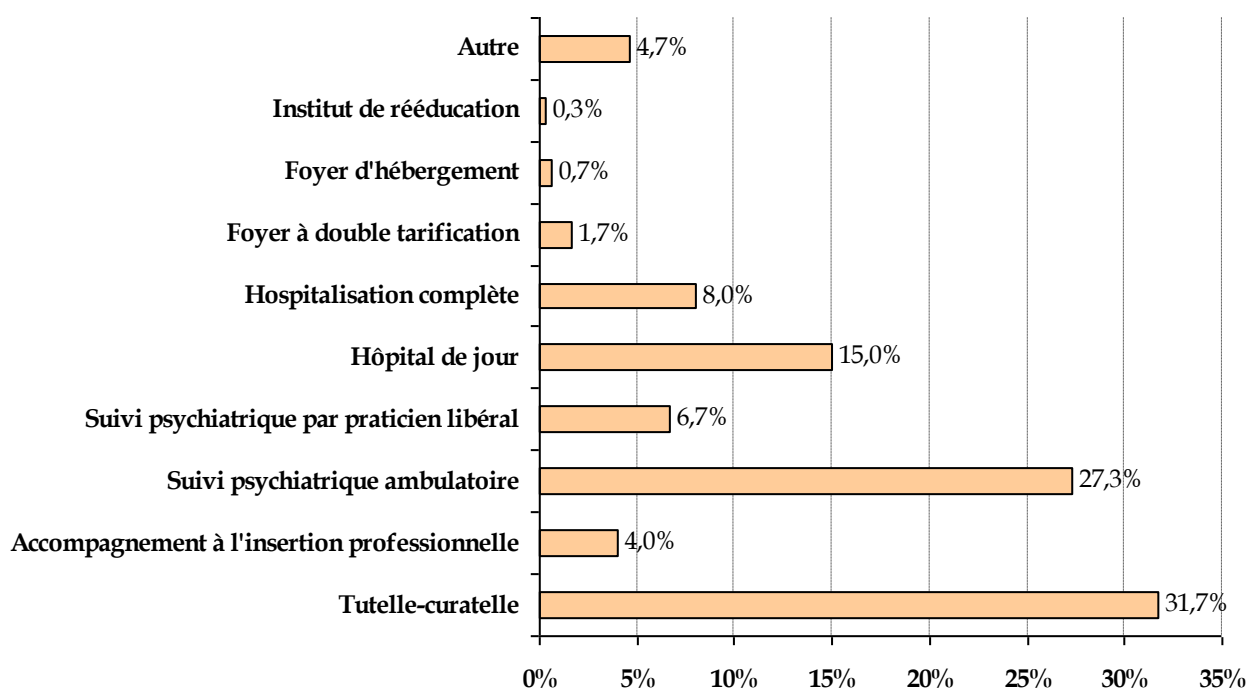
De plus, lorsque l'on s'intéresse plus précisément à la nature des prises en charge effectuées, on note que **71,3% des prises en charge sont de type ambulatoire, 28,7% étant le fait d'institutions.**

**Tableau 1 : Nature de prises en charge en fonction du nombre de citations**

Nature de la prise en charge actuelle	Nb. cit.	Fréq.
Prise en charge ambulatoire	214	71,3%
Prise en charge institutionnelle	86	28,7%
<b>TOTAL Citations</b>	<b>300</b>	<b>100%</b>

**Avec près d'un tiers des mesures en cours les tutelles, curatelles apparaissent comme le mode de prises en charge le plus souvent cité, vient ensuite le suivi psychiatrique ambulatoire, avec 27,3% des prises en charge effectuées.** Les prises en charge par les hôpitaux de jour ainsi que les hospitalisations complètes tiennent, également une place non négligeable puisqu'elles représentent respectivement 15% et 8% de la totalité des prises en charge. Les autres types de prises en charge apparaissent comme marginales.

**Graphique 6 : Répartition des prises en charge en fonction de leur nature**



Au niveau des prises en charge classées dans la catégorie autre, on trouve principalement des post-cures psychiatriques ainsi que des prises en charge effectuées par des Centre Médico-Sociaux (CMS).

## ***2.4 Origine géographique des candidats potentiels du SAVS***

L'origine géographique des candidats potentiels au SAVS paraît importante, c'est pour cette raison que nous allons nous y intéresser.

**On constate, en premier lieu, que c'est Bordeaux même, qui avec plus des 2/3 de la population considérée, apparaît comme la commune de domicile la plus fréquente,** Le Bouscat et Mérignac arrivent ensuite mais dans de moindres proportions (respectivement 5,1% et 4,5%). Les personnes ayant leur domicile dans une autre commune que celles déjà citées sont peu nombreuses.

**Ces données laissent à penser que le futur SAVS devrait intervenir en priorité sur Bordeaux et sur certaines communes de la rive gauche de la communauté urbaine de Bordeaux (Mérignac, Le Bouscat, Talence,...).**

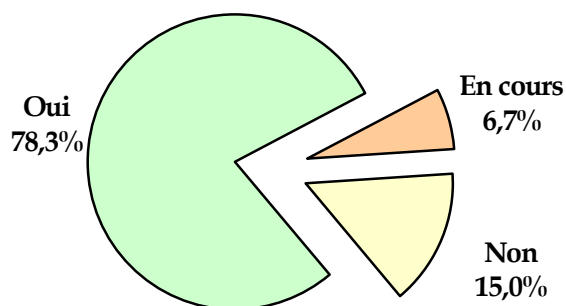
**Carte**

## 2.5 Reconnaissance COTOREP et taux d'invalidité

Parmi la population étudiée, **78,3%** des personnes ont un handicap reconnu par la COTOREP, pour **6,7%** la reconnaissance est en cours. Ainsi seulement 15% de la population n'a pas de handicap reconnu.

Le passage COTOREP sera rendu nécessaire pour obtenir une décision d'orientation en SAVS.

**Graphique 7 : Répartition de la population en fonction de la reconnaissance du handicap par la COTOREP**



En ce qui concerne le taux d'invalidité, **parmi les personnes dont le handicap a été reconnu par la COTOREP, moins de 1% ont un taux d'invalidité inférieur à 50% ; les personnes ayant un taux supérieur à 80% étant les plus nombreuses avec les 2/3 de la population considérée.** On peut signaler, d'autre part, que les individus ayant une situation intermédiaire (c'est-à-dire un taux d'invalidité compris entre 50% et 79%) occupent une place non négligeable (33%) dans la population ayant un handicap reconnu par la COTOREP.

Ainsi, on note que les candidats potentiels ont pour la plupart un handicap reconnu par la COTOREP dont le taux d'invalidité est supérieur ou égale à 50% et pour une large majorité supérieur à 80%.

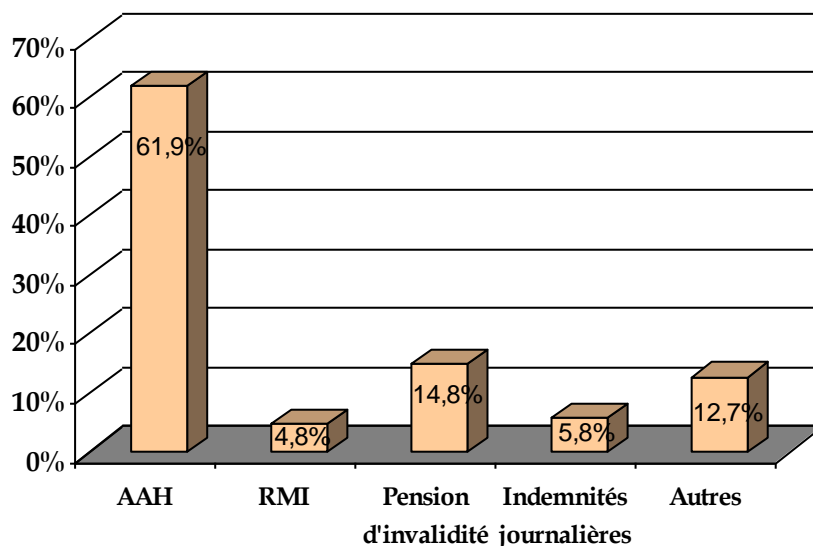


## 2.6 Origines des ressources personnelles

En premier lieu, on constate que les Allocations Adulte Handicapé, avec 61,9% des citations, sont les plus fréquentes, suivies de la pension d'invalidité (14,8%). Cette constatation est en accord avec les remarques faites précédemment sur le nombre de personnes ayant un handicap reconnu par la COTOREP et les taux d'invalidité correspondants.

D'autre part, le RMI et les indemnités journalières n'interviennent que peu souvent puisqu'ils ne concernent respectivement que 4,8% et 5,8% de la population.

Graphique 8 : Origines des ressources personnelles des candidats potentiels



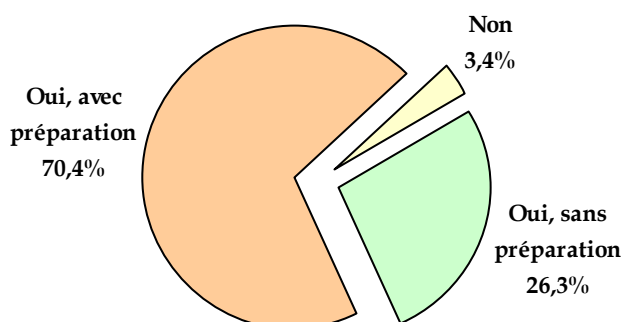
On remarque, cependant, que si on s'intéresse de plus près à la catégorie « Autres », on trouve le plus souvent des individus ayant un travail leur procurant un salaire, impliquant, ainsi, une certaine autonomie. Cependant, il faut mettre cette remarque en perspective car la catégorie « Autres » ne représente que 12,7% de la population.

## 2.7 Possibilité de demande d'entrée dans le SAVS

En ce qui concerne une éventuelle demande de suivi, **9 individus étudiés sur 10 sont prêts à faire une demande**. De plus, on note que la plus grande part de cette population (86,4%) est prête à faire cette demande mais avec une certaine préparation auparavant. **Ainsi, seulement 9,5% des personnes ne peuvent pas être considérées, au moment de l'enquête, comme des candidats potentiels même avec une préparation.**

En outre, si on s'intéresse plus précisément aux capacités des personnes pour comprendre les effets et les implications d'un engagement par contrat, on constate que la quasi-totalité (96,7%) de la population est capable de comprendre. **En effet, 7 individus sur 10 a les capacités pour comprendre avec préparation et 26,3% sans préparation.**

**Graphique 9 : Répartition de la population en fonction de ses capacités pour comprendre un engagement par contrat**



Ces constatations laissent à penser qu'une part très importante de la population considérée serait susceptible de faire appel aux services du futur SAVS. Ainsi, le nombre de places prévues étant de 30, on peut dire que ce futur SAVS a **un potentiel concernant la population relativement important.**

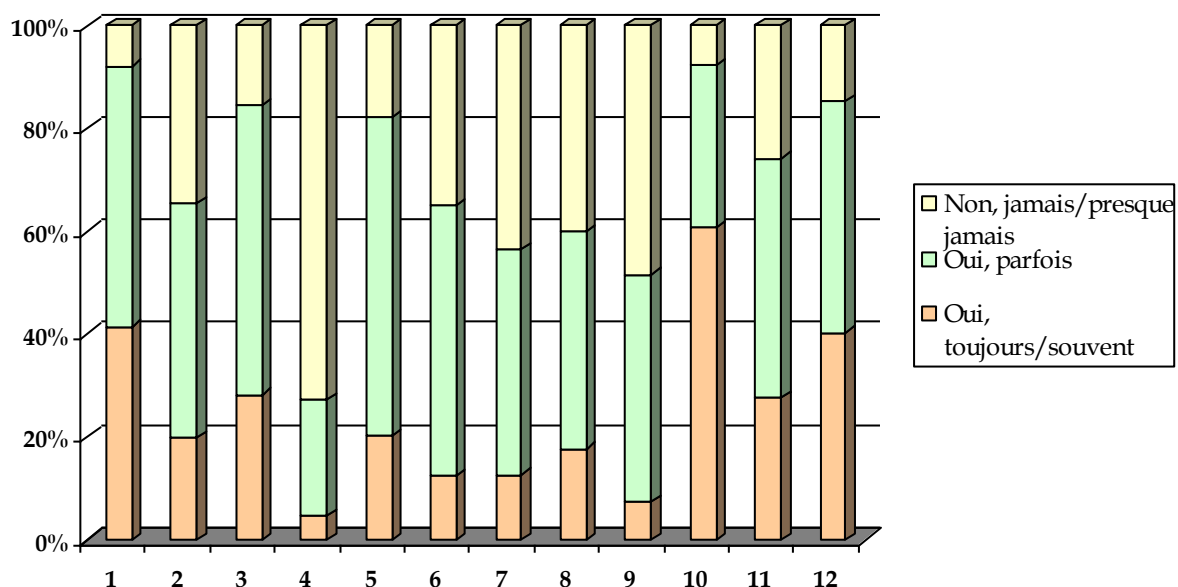
## 2.8 Difficultés relationnelles et dans la vie quotidienne

Rappelons les interrogations qui se posent à la question 13 :

- 1) Se prend-elle en charge pour consulter un médecin et se conforme-t-elle aux prescriptions ?
- 2) Cherche-t-elle en général à établir des liens ?
- 3) A-t-elle conscience de ses difficultés ?
- 4) A-t-elle des comportements asociaux, violents ?
- 5) Est-elle capable de différer, de supporter les frustrations ?
- 6) Sait-elle se protéger des abus éventuels, ne pas être une « proie facile » ?
- 7) Organise-t-elle son temps libre et ses loisirs
- 8) Sait-elle gérer son budget, ses bien ?
- 9) Sait-elle gérer ses droits et ses défendre ses intérêts ?
- 10) Est-elle autonome dans ses déplacements ?
- 11) Sait-elle gérer le quotidien : ménage, course, cuisine ?
- 12) Est-elle soucieuse de sa présentation (toilettes, vêtements) ?

Ces questions concernent le comportement et la gestion de la vie quotidienne des personnes pouvant éventuellement faire appel aux services du SAVS. Il est, donc, intéressant de s'y pencher.

**Graphique 10 : Gestion de la vie quotidienne et comportements de la population**



En premier lieu, concernant la vie quotidienne, ce qui ressort le plus c'est l'autonomie du point de vue des déplacements dont font preuve les candidats potentiels. En effet,

**seulement 7,6% de la population est peu ou prou autonome dans ses déplacements et 60% l'est toujours/souvent.**

De plus, lorsque l'on s'intéresse aux autres items du point de vue de la vie quotidienne, on note que la valeur intermédiaire, c'est-à-dire « Oui, parfois » est la plus répandue. Cependant, on peut souligner quelques faits importants : d'une part l'attachement de ces personnes à leur présentation, leur autonomie en ce qui concerne la consultation d'un médecin et le suivi des prescriptions (41,5% de « Oui souvent/toujours »), ce qui est une condition importante pour bénéficier du suivi du SAVS et a contrario, on trouve qu'il existe des difficultés récurrentes au niveau de la gestion du budget, des biens (43,7% de « Jamais ou presque jamais »), de leurs droits (48,5% de « Jamais ou presque jamais ») ou encore de leur temps libre, loisirs.

D'autre part, du point de vue relationnel et comportemental, on note que les comportements asociaux ou violents sont très peu fréquents. **En effet, 72,8% des individus considérés ne font jamais ou presque jamais preuve de comportements asociaux voir violents.** Cependant, une part non négligeable des individus étudiés n'essaie pas d'établir des liens (34,7%) et plus d'un tiers d'entre eux n'est pas capable de se protéger d'abus éventuels.

**Les candidats potentiels du SAVS sont, donc, des personnes ayant une certaine autonomie dans la vie quotidienne et notamment au niveau de leurs déplacements mais qui par contre, rencontrent des difficultés au niveau de la gestion de leurs droits, du budget et qui ne savent pas se défendre d'abus éventuels.**

## ***2.9 Les attentes des partenaires du futur SAVS***

Nous allons, maintenant nous intéresser aux attentes des partenaires du futur SAVS qui seront susceptibles de conseiller une orientation vers ce service.

Ainsi, les besoins les plus prégnants des individus considérés sont :

- ✓ **Un accompagnement de grande proximité, de gestion de la vie quotidienne** et d'organisation de la vie quotidienne (logement, courrier, droits, démarches administratives, ...). **Il faudrait mettre en place un suivi éducatif qui aiderait à l'autonomisation des personnes ou à son maintien.**
- ✓ Le besoin de **rompre l'isolement social** à travers la création de liens sociaux en dehors de la famille ainsi que par un soutien dans les relations avec les autres. Ainsi, un grand besoin d'accompagnement notamment dans la gestion des loisirs et du temps libre apparaît régulièrement.
- ✓ **Un lieu d'écoute et de paroles qui serve, également, de relais dans l'hypothèse d'une fin de prise en charge.** Il émerge également une demande non négligeable d'une structure qui accompagnerait les personnes au quotidien.

- ✓ **Un soutien psychologique** apparaît nécessaire pour une part importante de la population ainsi qu'un **maintien à la continuité des soins**.
- ✓ **Enfin, l'accompagnement en vue d'une insertion professionnelle et un soutien à la recherche de logement sont des besoins qu'il ne faut pas négliger.**

**Ainsi, il apparaît que le futur SAVS doit axer ses prestations vers un accompagnement de proximité qui permette une autonomisation de la gestion du quotidien, un accompagnement dont le but principal est de rompre l'isolement sociale dans lequel se trouve une part importante de la population, et enfin, un suivi tant sur le plan psychologique que professionnel qui permettrait la réinsertion des individus.**

## Conclusion

---

Les candidats potentiels du futur SAVS sont majoritairement de sexe masculin (60%) et vivent pour la plus grande part seuls (59,6%). 95% d'entre eux font l'objet d'au moins une prise en charge, sachant que les prises en charge multiples sont assez répandues (57%).

D'autre part, quand on s'intéresse à la nature de ces prises en charge, on constate que 71,3% d'entre elles sont ambulatoires et que les tutelles, curatelles sont les plus fréquentes (31,7%). De plus, le suivi psychiatrique ambulatoire et les hospitalisations de jour occupent, également, une place non négligeable puisqu'ils représentent respectivement 27,3% et 15% des prises en charge.

En ce qui concerne l'origine géographique des personnes susceptibles d'avoir recours aux services du SAVS, la majorité d'entre elles sont domiciliées à Bordeaux ou encore sur la rive gauche de la Garonne.

De plus, 78,3% ont un handicap reconnu par la COTOREP et parmi eux les 2/3 ont un taux d'invalidité de plus de 80%. Les personnes ayant une situation intermédiaire, c'est-à-dire avec un taux d'invalidité compris entre 50 et 79% arrivent en seconde position avec 33% des reconnaissances COTOREP.

Il n'est donc pas étonnant de trouver que l'AAH est la ressource la plus répandue (62%) suivi des pensions d'invalidité. Les individus travaillant se révèlent être peu nombreux.

La quasi-totalité des personnes étudiées sont prêtes à faire une demande de suivi (la plupart avec soutien) et 97,7% ont les capacités pour comprendre les effets et les implications d'un engagement par contrat.

Par ailleurs, les candidats potentiels font preuve d'une certaine autonomie notamment au niveau de leur déplacement, des consultations chez le médecin et de leur présentation. Malgré tout, cette autonomie n'est que partielle ; la gestion du quotidien apparaissant comme difficile sur de nombreux points (démarches administratives, gestion du budget, des biens et droits,...).

En conclusion, le futur SAVS doit axer sa zone de recrutement plutôt vers Bordeaux et la rive gauche de la Garonne. La population accueillie sera susceptible de montrer une certaine autonomie (notamment dans ses déplacements) tout en ayant des difficultés pour gérer et organiser la vie quotidienne (gestion des droits, du budget, organisation des loisirs,...). Ces personnes auront besoin d'un suivi éducatif et d'un accompagnement dans le but de rompre leur isolement social. D'autre part, un soutien psychologique et un accompagnement pour une insertion professionnelle sont également des axes de services à ne pas négliger. Enfin, cette structure devra également être un relais ainsi qu'un lieu repère pour les personnes arrivant en fin de prise en charge ou venant de terminer une prise en charge.

# **2<sup>ème</sup> PARTIE**

# 1. Le contexte

De façon introductive nous rappelons les enjeux et les questions posés par l'intégration et l'accompagnement des personnes handicapées psychiques dans la Cité.

- Quels sont les principaux constats établis par les observateurs au niveau national ?
- Quelles sont les attentes en termes d'action publique ?
- Quelle est la situation départementale ?
- Le projet de SAVS cadre-t-il avec les constats les besoins départementaux ?

Telles sont quelques-unes des questions qui guident cette première partie.

## 1.1 Le contexte général

Plusieurs rapports récents, notamment le Livre blanc des partenaires de Santé Mentale France et le rapport du parlementaire Michel Charzat, témoignent de l'actualité et de l'acuité du débat sur la place des personnes handicapées psychiques dans la Cité. Ceux-ci attirent en particulier l'attention sur les risques inhérents à la situation des personnes concernées compte tenu notamment du déficit d'accompagnement social dont elles souffrent et de la surcharge de certains services de soins.

Ainsi, les observateurs rappellent que si l'on peut se réjouir de la fin des hospitalisations de longue durée en hôpitaux psychiatriques pour la majorité des patients, on peut aussi simultanément s'inquiéter des difficultés liées au nouveau contexte. En effet, 80% des personnes handicapées psychiques vivent dans la Cité et « *les réponses hospitalières en termes d'urgence et de diagnostic ne suffisent pas à répondre aux besoins à long terme des personnes en cause. (...) La nécessité d'une prise en charge dans la durée demeure pour les patients qui continuent à vivre avec des incapacités majeures et s'isolent de plus en plus.* » (Livre Blanc)

Les principales questions posées par la situation actuelle portent donc sur la **continuité** des soins et son corollaire : la **complémentarité du champ sanitaire et social**. De ce point de vue il est rappelé tout particulièrement **les besoins en sortie d'hôpital** pour éviter une rupture des soins : « *il est indispensable d'envisager un **accueil systématique médicalisé et de réinsertion en sortie d'hôpital**. Cette carence serait la cause aujourd'hui d'un grand nombre de rechute, voire de suicides en France* ». (rapport Charzat)



**On doit donc, souligne le Livre Blanc, considérer l'accompagnement des personnes handicapées psychiques dans la Cité comme un droit à défendre.**

**Un droit qui se décline selon plusieurs objectifs : accompagnement en sortie d'hôpital, garantie de continuité des soins, articulation du social et du sanitaire.**

Ce droit doit être articulé avec deux autres objectifs : « *faire exister la population des handicapés psychiques* »<sup>5</sup> et « *informer la collectivité sur le handicap psychique.* »<sup>6</sup>

**Les besoins d'accompagnement souhaités sont précisés comme suit :**

**- Accompagnement en sortie d'hôpital**

« *L'accompagnement est unanimement cité par les associations de familles et de malades et par les professionnels, soignants et sociaux, comme la clé du dispositif d'aide* » (rapport Charzat). Cet accompagnement doit notamment porter sur la vigilance sur les **conditions de vie** de la personne, son **état de santé**, **l'aide aux gestes de la vie quotidienne**, l'aide au maintien ou à la restauration de **liens sociaux et familiaux**, l'aide à **l'insertion dans des activités** collectives, culturelles ou de loisir, **l'aide aux démarches administratives**, « **logement, accompagnement à la vie sociale, insertion professionnelle en articulation avec le système de soins** ».

**- Garantir la continuité des soins**

Maintenir une implication des services « *même pendant les périodes où les patients ne les fréquentent pas ou peu régulièrement* » (Livre blanc). « *Les aidants naturels (famille, entourage), les professionnels (travailleurs sociaux) ou les collectivités en charge de l'aide aux personnes handicapées ne joueront pleinement leur rôle que s'ils ont la garantie que des soins diligents peuvent être apportés en tant que de besoins* » (rapport Charzat).

**- Combiner intervention sanitaire et sociale**

L'objectif est de rompre la « *séparation du médical et du social* » (Livre Blanc). Le rapport Charzat souligne que le volet *insertion* est « *culturellement peu présent* » dans les missions de la psychiatrie. Cependant, « *la psychiatrie a toute compétence en matière de réadaptation, elle doit veiller au maintien ou à la préparation de*

---

<sup>5</sup> Ce point se décline notamment à travers l'usage de la notion de handicap psychique (différente de celle de handicap mental), à travers la mise en place de procédures d'évaluation plus pertinentes, la prise en compte de l'ensemble de la population concernée et pas seulement les usagers des consultations.

<sup>6</sup> Notamment en retenant comme critères de définition pertinents le fait qu'il n'y a pas toujours dans le handicap psychique de déficience intellectuelle permanente, que les soins restent très importants (ils sont plus restreints dans le cadre du handicap mental), que la maladie se traduit par une grande variabilité du comportement demandant des ajustements fréquents.

*l'insertion sociale des patients et participer dans la continuité des soins à leur projet de vie, mais elle ne peut pas et ne doit pas tout faire. **Il convient d'encourager les établissements de santé mentale à s'impliquer dans l'insertion sociale de leurs patients, tout en les orientant vers la recherche des partenariats et l'organisation des réseaux de santé mentale** » (rapport Charzat).*

**Les moyens de l'accompagnement sont fixés comme suit :**

**- Le rôle des secteurs de psychiatrie**

Le rôle des secteurs est réaffirmé. Il est cependant souligné que si les secteurs « *restent comme actuellement isolés, les besoins de la population en cause resteront limités à ceux exprimés lors des consultations volontaires, c'est à dire scandaleusement sous évalués* ». Il convient par ailleurs de reconnaître les secteurs comme « *centres de ressources **capables d'évaluer l'ensemble des moyens à mettre en œuvre** depuis les structures d'hébergement pour les cas les plus lourds, jusqu'à l'accompagnement à domicile, en passant par les dispositifs d'urgence* ». Enfin, les secteurs et surtout les conseils de secteur doivent devenir des « ***organisations de concertation** ouvertes aux associations d'usagers et aux responsables du social dans la Cité* ». Le rôle des secteur est donc reconnu comme garantie de la continuité des soins mais une clarification de leur rôle en matière de participation à l'insertion sociale des personnes souffrant de troubles mentaux est souhaitée (Rapport Charzat).

**- Le partenariat**

Il est considéré comme l'élément indispensable d'action et de qualité de l'accompagnement en associant représentants des usagers, des familles, des soignants, des responsables du social dans la Cité : « *le caractère nécessaire de ces partenariats apparaît hautement souhaitable compte tenu de la nature des problèmes à résoudre* ». Il s'agit de « *développer des alternatives à l'hospitalisation en plaçant le malade au cœur d'un **ensemble coordonné d'actions et de partenariats*** » ; « *travailler en réseau afin d'harmoniser la coopération des différents acteurs professionnels : le secteur public de psychiatrie, les conseils locaux de santé mentale, la police, les secteurs social et scolaire, le service public de l'emploi et de la formation professionnelle et les associations* » (rapport Charzat).

**- Lieux de référence à caractère permanent**

Leur rôle est d'accueillir et guider « *les personnes vers les services disponibles depuis les lieux d'hébergement jusqu'aux aides à domicile, sans obligations autres que contractuelles* » (Livre Blanc)<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Les informations rassemblées ici visent à mettre en lumière quelques-uns des constats et propositions contenus dans le Livre Blanc et le rapport Charzat en lien avec les problématiques posées par la création d'un SAVS. Pour un approfondissement, nous renvoyons à la lecture de ces deux documents.

### **Le rôle des SAVS dans ce contexte :**

La situation alarmante des personnes handicapées psychiques dans la Cité fixe le cadre d'intervention des structures et dispositifs de prise en charge en sortie d'hôpital. Parmi eux, les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale répondent particulièrement bien aux besoins d'une partie des personnes handicapées psychiques en situation de vie à domicile.

Ils sont notamment en mesure d'accompagner les personnes concernées en sortie d'hôpital et d'apporter une aide aux gestes de la vie quotidienne, à l'insertion sociale... ; de participer à la prise en charge de façon complémentaire aux soins et d'aider à organiser au long cours la vie des personnes handicapées psychiques dans la Cité.

En termes de moyens et de mise en œuvre de l'accompagnement, ils entrent également dans le cadre fixé par les observateurs cités plus haut en particulier en termes de partenariat (travail en collaboration avec les CMP, les services communaux, les associations...) mais aussi, de façon optionnelle, en termes de création de lieux de socialisation à caractère permanent.

## ***1.2 Le contexte départemental***

*Remarque : le Schéma départemental des établissements et services pour adultes handicapés en Gironde ne distingue pas dans ses recommandations entre handicap moteur, handicap psychique et handicap mental. Les caractéristiques du schéma rappelées ci-dessous sont donc communes aux différentes formes de handicap.*

Le schéma souligne d'abord **l'insuffisante connaissance de la population handicapée** faute d'indicateurs adaptés. De plus, une partie seulement de la population est connue, celle qui est accueillie en établissement ou qui bénéficie d'un service. Mais il reste une proportion importante d'adultes handicapés vivant à domicile.

En termes d'intégration sociale des personnes handicapées, le schéma rappelle le **droit au choix de son mode de vie, le droit à une vie autonome et à la participation active à tous les aspects de la vie sociale.**

Les conditions de maintien en milieu de vie ordinaire et la réinsertion sociale des personnes handicapées demeurent, de l'avis des établissements et services consultés, insuffisantes. Plus de 80% des structures consultées considèrent que le **développement des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale peut favoriser le maintien à domicile et la réinsertion sociale des personnes handicapées.**

Le schéma souligne d'autre part que malgré les efforts réalisés, l'intégration sociale n'est pas encore une réalité. Pour soutenir ces projets de vie autonome, il propose le développement de dispositifs favorisant le retour à domicile, de services de soutien à domicile (auxiliaires de vie,

aides ménagères...), services de soins à domicile, **services d'accompagnement à la vie sociale**.

La question du **vieillessement des personnes handicapées** est soulignée avec la nécessité de répondre aux besoins actuels et anticiper les besoins futurs (mise en place de service d'aide à domicile, le renforcement de l'aide apportée par les services, l'orientation vers des institutions spécialisées, la préparation à une entrée en institution). La question du vieillissement des personnes handicapées se combine avec le vieillissement des personnes aidantes et de l'entourage.

### **Les axes d'interventions préconisés :**

#### **- Garantir la qualité de vie de la personne handicapée**

Sous cette rubrique le schéma décline différentes possibilités : favoriser l'intégration sociale des personnes handicapées ; **accompagner la personne dans son choix de vivre à domicile seule ou en famille (développer les services d'aide à la personne, développer l'accompagnement social, développer les actions de lutte contre l'isolement social, soutenir l'environnement familial)**.

#### **- Prendre en charge le vieillissement des personnes handicapées.**

Au-delà des propositions concernant l'adaptation de la prise en charge en établissement, le Schéma préconise de **favoriser en l'accompagnant, le choix de vivre à domicile** (préparation et anticipation des besoins, développement des services d'aide à domicile et d'aide à la vie quotidienne, étendre l'accès aux SAVS aux personnes de plus de 60 ans).

#### **- Réorganiser les dispositifs**

Axe soulignant le **besoin de fonctionnement en réseau** entre les différents secteurs d'intervention (social, médico-social, sanitaire) des partenaires pour une prise en charge optimale de la personne handicapée. Par ailleurs, le Schéma relève le manque de possibilités d'accueil immédiat et de réponse aux situations d'urgence.

### **Le rôle des SAVS dans ce contexte :**

Le schéma souligne d'une part le droit de la personne handicapée à choisir son mode de vie et d'autre part insiste sur les difficultés rencontrées par les personnes concernées pour mener à domicile une vie décente. Il en résulte une forte attente à l'égard des SAVS de la part d'une forte majorité de services et d'établissements consultés à la fois pour garantir une qualité de vie de la personne à son domicile et pour participer à une prise en charge en réseau incluant différents secteurs d'intervention.

## 2. Enquête auprès des partenaires potentiels

Cette enquête a été réalisée par entretien semi-directif auprès de responsables ou de personnels de différents services et établissements intervenant auprès de personnes handicapées psychiques (services et établissements potentiellement prescripteurs et/ou partenaires du SAVS). Ces établissements et services ont par ailleurs été sollicités pour répondre à une enquête quantitative (cf. infra.) destinée à recenser de façon chiffrée les besoins de prise en charge en SAVS auprès de chaque structure.

L'enquête par entretiens s'est notamment donnée pour objectif d'évaluer la pertinence du projet aux yeux des partenaires pressentis, de définir les axes d'intervention du SAVS en fonction des besoins et des réponses existantes, d'en préciser les modalités de fonctionnement, mais aussi de préciser les conditions de partenariat ou de complémentarité entre le SAVS et les autres intervenants.

Plusieurs catégories de structures et d'intervenants ont été sollicitées :

- médecins-psychiatres responsables de secteurs de psychiatrie pour adultes
- personnels de CMP (infirmières, assistantes sociale)
- responsables d'établissements hospitaliers ou de réadaptation
- responsables d'établissements et de services d'action sanitaire et sociale

### 2.1 Données générales

**En premier lieu**, les entretiens font apparaître une appréciation contrastée des besoins selon que l'on s'adresse aux médecins responsables de secteurs d'une part ou aux responsables (ou personnels) d'établissements et services (CMP, établissements de réadaptation, services d'action sanitaire et sociale, services de tutelle) d'autre part.

Les médecins responsables de secteur paraissent avant tout (avec des exceptions) peu informés sur le dispositif SAVS et le considèrent essentiellement comme un dispositif concurrent des secteurs. Selon eux, les besoins en termes d'accompagnement sont déjà couverts par les consultations hospitalières et les prestations à domicile des infirmiers psychiatriques. Par ailleurs, les secteurs disposent d'assistantes sociales qui assurent une fonction complémentaire. De leur point de vue, les besoins à la fois en termes de santé et de suivi social sont couverts même s'ils reconnaissent que beaucoup vivent « *dans un système de vie pauvre et ralenti, sans travail, sans relations sociales* » ou posent des difficultés par leur refus du traitement.

Selon les médecins responsables des secteurs, la demande pour l'accompagnement en SAVS est à rechercher davantage auprès des médecins psychiatres libéraux ou des médecins généralistes ou encore en sortie d'institution (la rupture de prise en charge pouvant être catastrophique) qu'au niveau des secteurs où les personnes bénéficient de consultations auprès de psychiatres hospitaliers et d'un suivi infirmier.

Par ailleurs, en termes de prise en charge, les besoins les plus importants correspondent selon eux à la mise en place de travail sur les techniques comportementales et l'ouverture de lieux de socialisation et de structures d'accueil médicalisées (foyers thérapeutiques) en sortie d'hôpital.

Sur ces appréciations des médecins responsables des secteurs, soulignons deux choses :

- D'une part que ces appréciations nous paraissent surtout remarquables par le manque évident d'information de certains médecins sur le dispositif SAVS qui leur apparaît surtout comme un dispositif thérapeutique et non social (d'où le sentiment de concurrence avec les prestations des secteurs).
- D'autre part que la suite de l'enquête, notamment auprès des personnels de CMP (qui dépendent des secteurs de psychiatrie) apporte un autre éclairage et tend à montrer qu'il existe de réels besoins d'accompagnement en articulation avec les fonctions existantes des infirmiers/res et des assistantes sociales.

**Le second constat** montre à l'inverse les attentes fortes et l'intérêt très net manifesté pour le SAVS par les différents services et établissements (CMP, établissements de réadaptation, services de tutelle...) intervenant dans la prise en charge, soit en amont de la réinsertion à domicile, soit pendant la situation de vie à domicile.

Tous ont manifesté à divers titres leur intérêt pour ce dispositif d'accompagnement à la vie sociale soit en tant que dispositif relais (en particulier en sortie d'hôpital), soit comme partenaire de prise en charge assurant un service complémentaire aux services existants (tels que suivi infirmier, aide à l'insertion professionnelle...), soit encore assurant les deux types de prestations.

**Pour les structures intervenant en amont** de la réinsertion à domicile de la personne (Clinique Béthanie, Centre de rééducation psychosociale de la Tour de Gassie...), l'intérêt principal du SAVS est de répondre au problème de la rupture de prise en charge survenant à la sortie de l'établissement en proposant (si possible avec une préparation en amont de la sortie), un relais de prise en charge. Ce relais s'avère d'autant plus nécessaire que ces établissements ne disposent généralement d'aucun ou de faibles moyens de suivi en sortie d'établissement. Par ailleurs, les personnes interrogées soulignent un déficit au niveau des secteurs qui sont surchargés et dont le personnel infirmier reçoit une formation de plus en plus médicalisée qui ne favorise pas la prise en compte des questions d'accompagnement social. Ces conditions étant un facteur de rechute...

**Pour les structures assurant à un titre ou un autre une prise en charge des personnes déjà en situation d'autonomie** (CMP...), l'intérêt du SAVS est de pouvoir assurer des fonctions éducatives et d'aide à la gestion à la vie quotidienne complémentaires de celles assurées par les infirmières et les assistantes sociales. Cela tout en maintenant la spécificité de chaque service de façon à faciliter le repérage de ses différents interlocuteurs par le patient (l'inverse risquerait de brouiller ses repères).

Le service de tutelle de l'UDAF insiste pour sa part sur les limites de leurs propres capacités d'intervention : la gestion financière auprès des personnes handicapées psychiques accapare une part très importante de leur action au détriment des missions d'accompagnement des personnes autour des questions d'alimentation, d'hygiène, de logement. Le service est

néanmoins conscient des demandes fortes des partenaires pour un engagement plus complet auprès des personnes handicapées psychiques.

## 2.2 Les missions du SAVS

Elles sont présentées ci-dessous sous forme de tableau en fonction des attentes exprimées par les interlocuteurs lors des entretiens. Sont précisées les fonctions attendues du SAVS et, lorsqu'il y a lieu, les remarques apportées par l'interlocuteur sur ces missions. Une synthèse est proposée en introduction.

### 2.2.1 Synthèse des attentes des partenaires potentiels du SAVS

Les attentes exprimées s'organisent principalement autour d'un axe social et éducatif. Cet axe d'intervention se décline selon plusieurs thèmes présentés ci-dessous. Il s'agit des axes d'intervention les plus fréquemment cités dont certains sont déjà mis en oeuvre par les structures rencontrées (ou devraient l'être). Il conviendra donc de mettre en place ces axes d'intervention en complémentarité avec les services existants et dans le respect de la répartition des attributions des différents services (par exemple : ne pas intervenir dans le champ de compétence des personnels infirmiers de secteur).

- **gestion de la vie quotidienne à domicile** : aménagement de l'appartement (mobilier, équipement...), courses, cuisine et hygiène alimentaire, nettoyage, entretien, petit bricolage(changer une ampoule...)
- **soins à la personne** : hygiène corporelle, vestimentaire, esthétique générale...
- **intégration dans l'environnement social de proximité** : voisinage, commerçants, services de proximité...
- **rupture de l'isolement social** : fréquentation de lieux de socialisation et de loisirs (associations et équipements culturel, café, associations et équipements sportifs...), visite à domicile de l'équipe du SAVS...
- encouragement et veille concernant les soins : information sur les ressources disponibles (médecin généraliste, SOS médecin, SAMU...), encouragement à fréquenter un psychologue
- **gestion administrative et budgétaire** : en relation avec les services compétents (tutelles, assistantes sociales...)
- **action de développement personnel** : soutenir et étayer les centres d'intérêt personnels, organisation (avec les partenaires) de vacances, séjours....
- **éducation et prévention** : prévention routière, dangers domestiques...

D'autres champs d'intervention ont été proposés de façon moins unanime mais néanmoins sur la base du constat de besoins existants et sont donc rappelés ici, à charge pour le SAVS de choisir d'en développer certains. Nous soulignons notamment les points suivants :

- **aide à la recherche d'un logement personnel** : face à la précarité de certaines personnes (hôtel, logement insalubre), cette option est souhaitée par certains services

- **aide à la sortie du domicile parental** : permet de soulager les parents et d'anticiper la question inévitable du vieillissement des aidants naturels
- **accompagnement lié aux questions de formation et de travail** : c'est une mission exclue du champ d'action du SAVS par beaucoup (compte tenu de la situation des patients) mais sollicitée par d'autres. L'objectif du SAVS est d'accompagner cet axe d'intervention et non pas de le mettre en œuvre dans sa totalité
- **aide à la réadaptation périscolaire et la remise à niveau** : demande exprimée en particulier pour les plus jeunes
- **assurer une médiation auprès des parents** : souhaitée par certains, exclue par d'autres, cette mission vise à tenir compte de la place des parents en les associant au projet quand c'est utile sans les culpabiliser ou les nier et à atténuer les difficultés lorsqu'elles se présentent

Enfin, beaucoup insistent sur l'importance de la relation humaine qui devra s'établir entre les intervenants du SAVS et ses bénéficiaires, la parole et l'écoute étant considérées comme un moteur du travail éducatif à réaliser.

## 2.2.2 Fiches récapitulatives des attentes des partenaires du SAVS

<i><b>Structure consultée</b></i>	<i><b>Missions du SAVS</b></i>	<i><b>Remarques</b></i>
<b>CMP de Bègles</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.</b> Stimulation et soutien à la gestion de la vie quotidienne : en particulier les questions d'hygiène et d'alimentation qui restent difficiles à traiter pour les soignants.</li> <li><b>2.</b> Rompre l'isolement social en particulier en fin de journée et en soirée et les week-ends...</li> <li><b>3.</b> Autres points à surveiller de façon variable selon les cas : défense des intérêts de la personne (ses droits), aide à la sortie du domicile familial, travailler en réseau avec les aides ménagères...</li> <li><b>4.</b> Favorable à l'ouverture d'un lieu de socialisation</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.</b> L'alimentation n'est pas un trop gros problème pour ceux qui fréquentent l'hôpital de jour dans la mesure où ils prennent un repas équilibré et en groupe à midi mais pour les autres « c'est catastrophique ».</li> <li><b>2.</b> A noter la présence à Bègles d'une solution aux questions d'isolement via l'hôpital de nuit qui propose de 17h à 21h un accueil de personnes extérieures avec des possibilités d'entretiens individuels avec des infirmiers...</li> <li><b>3.</b> Le CMP de Bègles réalise un travail de médiation et d'information auprès des aides ménagères sur les particularités de l'intervention auprès de personnes handicapées psychiques.</li> </ol>



<b>Structure consultée</b>	<b>Missions du SAVS</b>	<b>Remarques</b>
<b>CMP de Cenon La Marègue</b>	<p><b>1.</b> Tout ce qui concerne l'installation en appartement à savoir : l'apprentissage de la vie quotidienne, intégration dans l'environnement et le tissu social, apprentissage des règles de bon voisinage, apprentissage des règles d'autonomie pour tout ce qui concerne la vie quotidienne, les courses....</p>	<p><b>1.</b> Ces besoins sont surtout manifestes en début de réinsertion sociale</p> <p>Il faut souligner qu'une partie de ce travail est réalisé par les infirmiers / infirmières psychiatriques mais ceux-ci pensent sortir de leurs attributions lorsqu'ils sont sollicités pour s'occuper des courses, gérer les problèmes administratifs, les questions d'argent. A souligner, l'insuffisante présence des tuteurs dans le partenariat de prise en charge (beaucoup d'entre eux sont trop distants des usagers)</p>

<b>Structure consultée</b>	<b>Missions du SAVS</b>	<b>Remarques</b>
<b>Espoir 33</b>	<p><b>1.</b> Il existe un pré-requis à l'efficacité de la mission du SAVS qui est le travail sur l'estime de soi, la confiance en soi de la personne et qui ne peut se développer que dans la relation avec l'éducateur du SAVS, le reste (voir ci-dessous) vient ensuite et plus facilement.</p> <p><b>2.</b> Autres missions : aider à la continuité du traitement, prévention sur les effets indésirables du traitement, organisation de vacances, médiation auprès des parents, travailler avec différents services communaux (CCAS, CMS), les associations culturelles, sportives, caritatives, travailler avec le réseau de proximité...</p> <p><b>3.</b> Accompagnement de la vie de couple, questions de naissances, de parentalité...</p> <p><b>4.</b> Pour les personnes encore au domicile parental, travailler la question de la sortie du domicile des parents, préparer la séparation, anticiper les problèmes posés par le vieillissement des parents.</p>	<p><b>1.</b> L'essentiel de la prise de confiance et l'estime de soi vient de la parole avec l'intervenant. L'éducateur doit être convaincu dans son rapport à l'utilisateur que celui-ci sait faire et peut faire et lui renvoyer cette conviction. C'est une démarche liée à une population particulière qui a des capacités d'intelligence et d'émotion très fortes.</p> <p><b>2. et 3.</b> A noter l'insuffisante présence des tuteurs sur ces questions.</p>

<b>Structure consultée</b>	<b>Missions du SAVS</b>	<b>Remarques</b>
<b>UNAFAM</b>	<p><b>1.</b> Stimulation et apprentissage de la gestion des actes de la vie quotidienne : hygiène du corps (se laver, vestimentaire, esthétique...) ; entretien du lieu de vie ; courses, alimentation, cuisine</p> <p><b>2.</b> Remise en confiance vis à vis de leur environnement, de leur famille, du voisinage...</p> <p><b>3.</b> Participation indirecte aux soins : surveiller discrètement le pilulier, aider au maintien d'un suivi médical, encouragement à consulter un psychologue, informer sur les numéros d'urgence...</p> <p><b>4.</b> Développer la créativité culturelle, le développement personnel</p> <p><b>5.</b> Favorable à la création d'un lieu de socialisation ayant pour mission la mise en place d'activités de développement personnel, de permettre la rencontre des personnes bénéficiaires du SAVS, d'être un lieu d'évaluation des personnes, de formulation des besoins et de mise en place de nouveaux projets.</p>	<p><b>1.</b> Il s'agit de stimulation psychologique positive (ne pas faire « à la place de » mais stimuler, inciter...)</p> <p><b>2.</b> Informer, favoriser la médiation pour réduire les craintes que le malade peut inspirer.</p> <p><b>Remarque générale :</b> cette prise en charge doit concerner les personnes ayant un domicile personnel, mais aussi celles qui sont hébergées à l'hôtel ou au domicile des parents. Il serait souhaitable selon l'UNAFAM d'aider les usagers à élaborer un projet de sortie du domicile familial.</p> <p><i>Nous soulignons néanmoins que ce type d'intervention pose deux problèmes à savoir que les usagers au domicile des parents ne sont pas dans le même isolement que ceux qui ont un appartement et que le travail nécessaire pour une sortie est très lourd. Il pourra néanmoins être envisagée après un temps de fonctionnement une fois les relais bien établis.</i></p>

<b>Structure consultée</b>	<b>Missions du SAVS</b>	<b>Remarques</b>
<b>ARI Insertion</b>	<p><b>1.</b> Rupture de l'isolement social et accompagnement dans la gestion de la vie quotidienne...</p> <p><b>2.</b> Accompagner la démarche d'insertion au travail mise en place par l'ARI en jouant le rôle de tiers interlocuteur sur les questions de travail, en retravaillant le discours autour des questions de travail et de formation, en écoutant la personne.</p> <p><b>3.</b> Gérer les questions de recherche de logement (logement insalubre, logement à l'hôtel)</p>	<p><b>2.</b> En ce qui concerne ce point, ARI Insertion rappelle que le SAVS ne peut pas et ne doit pas se substituer aux actions de l'ARI : il est inutile de brouiller les repères de la personne et de prendre le risque de tenir deux discours contradictoires.</p> <p><b>3.</b> Point évoqué compte tenu de l'urgence de certaines situations à laquelle les assistantes sociales n'arrivent pas à répondre complètement compte tenu de la demande.</p>

<b>Structure consultée</b>	<b>Missions du SAVS</b>	<b>Remarques</b>
<b>Centre de rééducation psychosociale de la Tour de Gassies</b>	<p><b>1.</b> Aide à la vie quotidienne dans tous ses aspects...</p> <p><b>2.</b> Rompre l'isolement social (certains étant dans une situation extrême de ce point de vue). Les accompagner dans un premier temps dans les différents lieux qu'ils peuvent fréquenter ensuite</p> <p><b>3.</b> Accompagnement dans leurs efforts vers le travail ou la formation (certains restant de toutes façons assez éloigné du travail)</p>	<p><b>3.</b> Le centre de la Tour de Gassies développe des activités thérapeutiques autour du travail et de la formation pour certaines personnes ayant un potentiel dans ce domaine d'où cette demande qui contraste avec celles d'autres structures. Il reste que pour d'autres le travail est contre-indiqué (trop de séquelles).</p> <p><b>Remarque générale :</b> le SAVS présente l'intérêt de pouvoir travailler en amont la transition, d'aider le patient à passer à une autre équipe...</p>

<b>Structure consultée</b>	<b>Missions du SAVS</b>	<b>Remarques</b>
<b>Clinique Béthanie</b>	<p><b>1.</b> Proposer une rupture de l'isolement social ne serait-ce qu'en proposant des visites à domicile, mais aussi par des accompagnements à l'extérieur.</p> <p><b>2.</b> Réduire la précarité sociale des personnes (entretien de l'appartement...)</p> <p><b>3.</b> Etayer et accompagner les démarches de loisir, le développement de centres d'intérêt personnels</p>	<p><b>Remarque générale :</b> l'intérêt souligné du SAVS est ici non seulement de proposer un accompagnement mais aussi, comme l'a également souligné notre interlocuteur à la Tour de Gassies, d'être un relais pouvant être sollicité dès avant la fin de la prise en charge pour organiser la prise de relais, informer sur le patient de façon à éviter une trop forte rupture en sortie d'hôpital.</p>

<b>Structure consultée</b>	<b>Missions du SAVS</b>	<b>Remarques</b>
<b>Médecins responsables de secteurs</b> (Les remarques des différents médecins rencontrés sont regroupées)	<p><b>1.</b> Attention à porter aux problématiques de réadaptation scolaire et professionnelle</p> <p><b>2.</b> Besoins d'aide au niveau du logement (travailler avec les mairies, les offices HLM)</p> <p><b>3.</b> Créer des lieux de socialisation</p> <p><b>4.</b> Besoins de prise en charge en sortie d'institution</p>	<p><b>Remarque générale :</b> concernant l'hypothèse d'un SAVS médicalisé, les réactions à la fois des médecins responsables de secteurs et des personnels de CMP contre-indiquent cette hypothèse dans la mesure où elle apparaîtrait comme concurrence de l'action des secteurs.</p>

<b>Structure consultée</b>	<b>Missions du SAVS</b>	<b>Remarques</b>
<b>UDAF Service de tutelle</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.</b> Aider à la stabilisation des personnes par l'accompagnement social (à tous les niveaux)</li> <li><b>2.</b> Contribuer à bâtir d'autres relais dans une perspective de sortie du SAVS (socialisation, relais en termes de soins...)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.</b> Par sa proximité avec l'utilisateur, le SAVS pourra être en mesure d'évaluer plus précisément que le service de tutelle les besoins de la personne ce qui permettra aux SAVS et aux partenaires comme le service de tutelle d'apporter les réponses adaptées.</li> <li><b>2.</b> Point essentiel du projet selon l'UDAF : le développement de relais</li> </ol>

## 2.3 Le fonctionnement du SAVS

### Plage d'ouverture

Dans ce registre, les différents interlocuteurs insistent particulièrement sur l'importance d'une disponibilité du SAVS aux heures « à risque » c'est à dire de la fin d'après midi jusqu'au soir soit environ de 16 heures à 23 heures (moments de solitude, angoisse du début de nuit, déprime du repas solitaire). Une structure a notamment remarqué que les pics de demandes d'admission se situaient le vendredi en fin d'après-midi, le soir et le dimanche après-midi et soir. Un interlocuteur a également fait état de besoins lors des périodes de fêtes de fin d'année.

L'intérêt du SAVS étant aussi d'ouvrir lorsque les autres services (notamment les CMP) ferment, plusieurs interlocuteurs suggèrent également une ouverture (ou une disponibilité) le week-end ou une partie du week-end, par exemple le samedi en journée car c'est un jour de forte activité (loisirs...). Faute de disponibilité ou de volonté d'ouverture le week-end, un système d'astreinte ou de garde peut-être envisagé. Par ailleurs, il est suggéré de doser la réponse aux demandes des patients, c'est à dire de ne pas les assister en répondant systématiquement à leurs demandes.

Par ailleurs, le SAVS doit aussi envisager une permanence (1 jour ou une demi journée par semaine) aux heures de bureau ne serait-ce que pour faciliter les relations avec les services et établissements partenaires dont le fonctionnement est calé sur ces horaires (services de tutelle...).

### Partenariat

La plupart des interlocuteurs souhaitent pouvoir travailler en amont la prise en charge avec le personnel du SAVS de façon à établir une transition optimale entre un mode de prise en charge et le suivant. Certains (en particulier La Tour de Gassies) souhaitent pouvoir établir une relation privilégiée avec le SAVS (avec quelques places « réservées » et un accord sur des modalités spécifiques de fonctionnement).

Sur ce point et face aux attentes des différents partenaires, on peut souligner l'intérêt pour le SAVS d'accueillir dès l'année 1 ou 2 de fonctionnement des usagers en provenance des différents services ayant manifesté leur intérêt pour ce suivi (et non de réserver les places à deux ou trois

structures), ne serait-ce qu'en accueillant 1 ou 2 personnes par service ou établissement. Cela permettant de constituer assez rapidement un réseau et de faire connaître concrètement le service aux partenaires

Par ailleurs, les interlocuteurs rencontrés ayant un rôle de prise en charge combinée avec le SAVS insistent la nécessité d'un travail conjoint respectant les prérogatives de chaque intervenant (le SAVS se chargeant du travail éducatif).

### **Personnel**

Le personnel attendu a un profil d'éducateur avec une formation aux pathologies en cause. Ont également été proposé un conseiller en économie sociale et familiale, un ergothérapeute, un psychologue ( pour une travail de régulation en interne).

## **Annexe 1 : Le questionnaire**

## **Annexe 2 : Les structures ayant répondu à l'enquête**

Les différentes structures ayant répondu à l'enquête par questionnaires sont :

- ❖ Hôpital de jour M.G.E.N (Bordeaux)
- ❖ CRPS – Tour de Gassies (Bruges)
- ❖ Foyer Triade (Le Bouscat)
- ❖ Service de tutelles, Association Prado 33 (Bordeaux)
- ❖ Centre de réadaptation Pasteur (Caudéran)
- ❖ Clinique Anouste (Bordeaux)
- ❖ Service de tutelles, Association des œuvres girondines (Lormont)
- ❖ Service de gérance de tutelle AOGPE (Bordeaux)
- ❖ Centre Médico-Psychologique (CMP) – Secteur 12 (Bègles)
- ❖ Association de Tutelle et d'Intégration en Aquitaine (ATI) (Bordeaux)
- ❖ Service de tutelle aux prestations de l'UDAF (Bordeaux)
- ❖ SESSAD Millefleurs (Bègles)
- ❖ Horizon 33 (post-cure et convalescence) (Cambes)
- ❖ Foyer Montalier (Saint Selve)
- ❖ SAVP – ARI insertion (Bordeaux)
- ❖ SAVS et FDT Espoir 33 (Bordeaux et Cenon)
- ❖ Clinique Béthanie (Talence)
- ❖ Hôpital Charles Perrens – Secteur 6 et 9 (Bordeaux)
- ❖ CMP – Secteur 10 (Bordeaux Bastide)
- ❖ UNAFAM (Bordeaux)
- ❖ CMP Cenon – Secteur 12 (Cenon)
- ❖ IR Le Chêne (Pessac)

Centre Hospitalier Cadillac – Secteur 12 (Cadillac)



