

# SESSAD, projets et territoires

Un assembleur de ressources pour le projet de la personne

Bienvenue aux  
10<sup>èmes</sup> journées nationales de formation des personnels des  
Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

en compagnie de



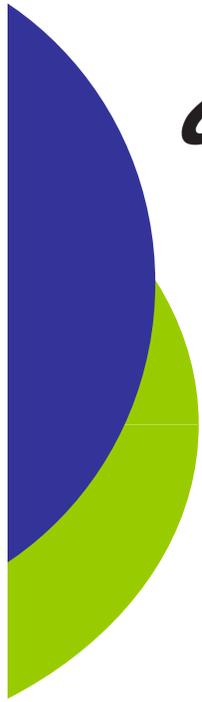
**BORDEAUX, les 12, 13 et 14 novembre 2012**

# Atelier n°1

## « SESSAD et diagnostic territorial »



SESSAD, projets et territoires - Bordeaux, Novembre 2012

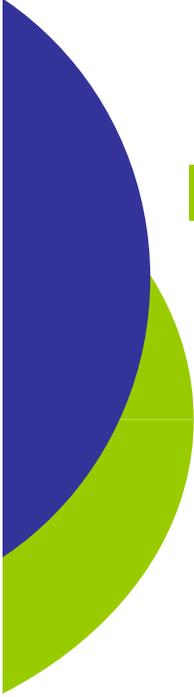


*ceclias*

CREAHI ÎLE-DE-FRANCE

# **SESSAD et diagnostic territorial**

***Atelier 1 – 10<sup>ème</sup> Journées nationales de formation des  
personnels des SESSAD - Bordeaux***

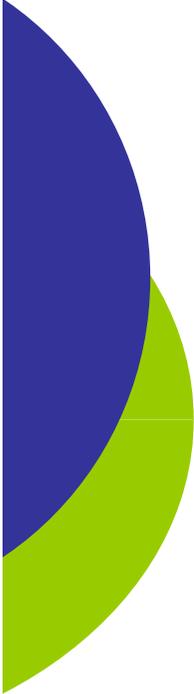


## A partir de quelles expériences proposons nous de réfléchir ensemble ?

⇒ *Nous vous proposons de réfléchir ensemble aux modalités de participation des SESSAD à une démarche de **diagnostic territorial partagé**, à partir :*

➤ **du guide méthodologique pour la création des services d'accompagnement spécialisés en faveur des personnes en situation de handicap d'origine psychique**, édité en septembre 2012 avec le soutien de la CNSA, à partir des analyses et préconisations issues de la recherche-action nationale « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? » finalisée en octobre 2010 ;

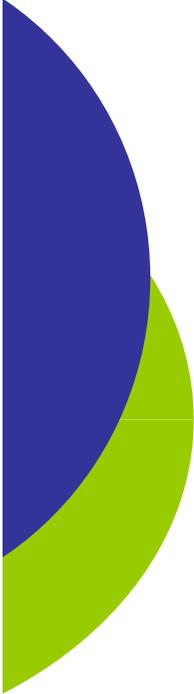
➤ **de l'expérimentation de deux coordinations territoriales « santé mentale / précarité »**, en cours dans le département du Val-de-Marne en région Ile-de-France.



# Pourquoi un diagnostic territorial partagé ?

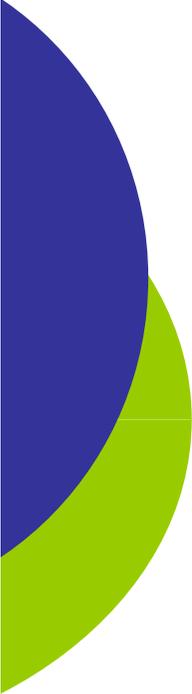
⇒ **Parce que, de notre point de vue :**

- ◆ ce sont d'abord les **besoins particuliers des personnes** à qui le projet de service s'adresse, ainsi que **les ressources mobilisables du territoire**, qui devraient définir les **caractéristiques du cadre d'intervention** de tout service ou établissement ;
- ◆ un diagnostic territorial partagé engage l'ensemble des **ressources sanitaires, sociales, médico-sociales et de droit commun du territoire** dans leur contribution à l'évaluation partagée des besoins de la population en situation de handicap vivant sur son territoire.



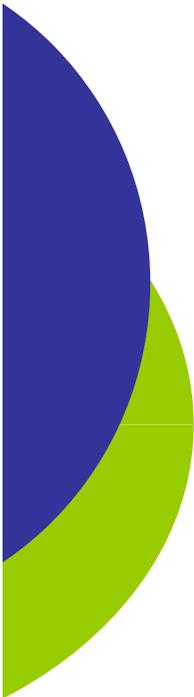
# Les enjeux d'un diagnostic territorial partagé

- Pour la personne en situation de handicap :
  - Pouvoir bénéficier de réponses adaptées, coordonnées et évolutives au sein d'un dispositif souple déployant autant que nécessaire de nouvelles réponses, en vue de trouver une **cohérence, une complémentarité et une continuité dans les accompagnements proposés durant son parcours de vie.**
  
- Pour les SESSAD :
  - Réussir à passer d'une logique « d'empilement » ou de « juxtaposition » des réponses à un « **maillage** » **des réponses au sein d'un dispositif souple, sur un territoire.**



## Un diagnostic territorial

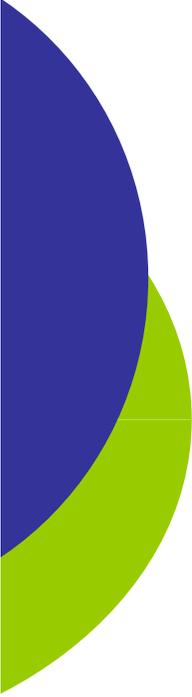
- Le guide méthodologique pour l'élaboration du **schéma régional d'organisation médico-social (SROMS)**, édité par la CNSA prévoit la recherche des éléments de diagnostic pour la planification de l'offre, avec :
  - une identification des **besoins** des personnes en situation de handicap
  - et une identification des **ressources**, en identifiant notamment les coopérations et les partenariats.
- Le SROMS prend place au sein d'une **politique de santé profondément renouvelée** par la loi HPST, en ce qu'elle intègre désormais non seulement les soins mais aussi la prévention et la prise en charge médico-sociale. Il s'agit déjà de **promouvoir un décloisement, une transversalité.**
- Nous proposons de **promouvoir cette transversalité à tous les niveaux...**



## Ex. Guide méthodologique : comment mettre en œuvre cette transversalité

### dès le projet de création d'un SESSAD ?

- **Souvent le projet à la création d'un service repose sur le constat de besoins non satisfaits** parmi les personnes déjà suivies, soit par un établissement ou un autre service médico-social.
- **Le danger d'une réponse globalisante et/ou de filière.**
- Prendre en compte les personnes restées « à l'écart » de toutes les institutions (des besoins à la marge de chaque dispositif), aller au devant des personnes les plus isolées → **nécessité d'une veille sociale** (autant d'entrées possibles vers un suivi adapté – social, médico-social et sanitaire).

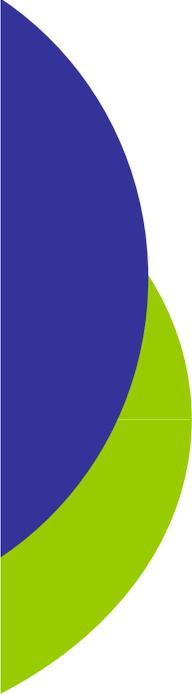


# Ex. Guide méthodologique

## 1<sup>ère</sup> : une démarche concertée sur le territoire

↳ 1<sup>ère</sup> proposition : Définir les objectifs et les missions d'un service à partir d'un diagnostic territorial *des besoins non satisfaits sur le territoire, des ressources disponibles et de leur articulation.*

↳ 2<sup>ème</sup> proposition : Concevoir un diagnostic territorial qui engage l'ensemble des ressources éducatives, sanitaires, sociales, médico-sociales et de droit commun du territoire et porte moins sur les insuffisances d'une institution particulière à répondre à certains besoins de leur « clientèle » que sur une évaluation partagée des besoins de la population en situation de handicap vivant sur un territoire donné.

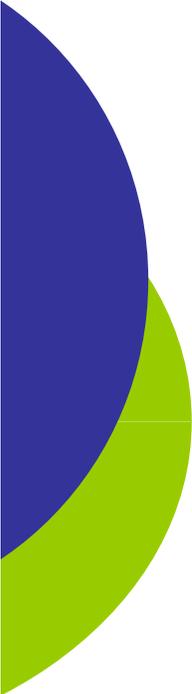


## Ex. Guide méthodologique

### 2<sup>ème</sup> : une évaluation partagée des besoins

↳ 3<sup>ème</sup> proposition : Prévoir un diagnostic territorial **dynamique** et **pérenne** afin de prendre en compte **l'évolution des besoins en fonction des réponses apportées** et de construire ainsi **une veille sociale territoriale assurée par l'ensemble des acteurs.**

↳ 4<sup>ème</sup> proposition : **Co-construire** (par les acteurs du territoire) **un outil d'évaluation partagée qui part des besoins singuliers** des personnes en situation de handicap et de l'expression de leurs attentes et de celles de leur famille, **dans les différents domaines de vie** (apprentissage, santé psychique et somatique, vie sociale, vie familiale et affective, loisirs et culture, habitat et vie quotidienne, gestion administrative et financière, vie professionnelle, etc.).



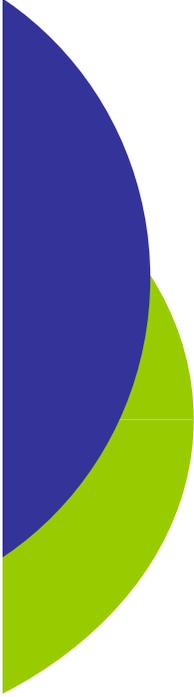
## Ex. Guide méthodologique

### 2<sup>ème</sup> : une évaluation partagée des besoins (suite)

Liste de questions qui permet **d'explorer les besoins éventuels** des personnes en situation de handicap auprès desquelles le futur SESSAD aurait vocation à intervenir, sachant qu'**une partie des besoins et attentes repérés peut relever de l'action d'autres dispositifs.**

#### Exemple : Apprentissages

- ☞ Besoin de bénéficier des **stimulations et échanges sociaux** offerts par les **modes d'accueil petite enfance** (crèche, halte-garderie, assistante maternelle, jardin d'enfants, etc.)
- ☞ Besoin de bénéficier des **apprentissages et des échanges sociaux** offerts par les **établissements scolaires** ou par les **unités d'enseignement** des établissements médico-sociaux.



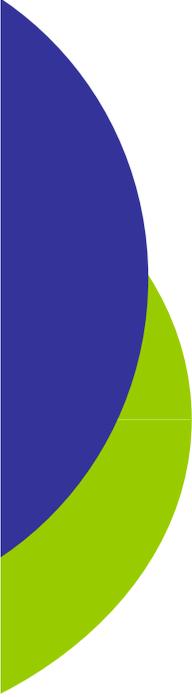
## Ex. Guide méthodologique

### **3<sup>ème</sup> : une connaissance des ressources mobilisables**

➤ **Besoin d'une connaissance des ressources mobilisables** rencontrer et échanger avec tous les acteurs, présents sur un territoire donné, susceptibles de participer à la stratégie globale d'intervention développée pour chaque personne en situation de handicap d'origine psychique nécessitant le recours à un SESSAD.

➤ **QUI fait QUOI ? Pour répondre à QUELS besoins et COMMENT ?**

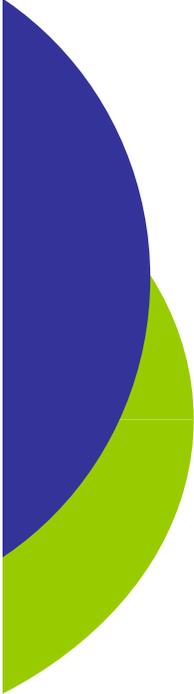
↳ **5<sup>ème</sup> proposition : Le diagnostic territorial s'appuie notamment sur une analyse concertée des services rendus par chacune des ressources disponibles sur le territoire, en tenant compte des modes d'articulation entre elles pour assurer une cohérence et une continuité des réponses.**



## Ex. Guide méthodologique

### 4<sup>ème</sup> : le territoire de référence et les acteurs à associer

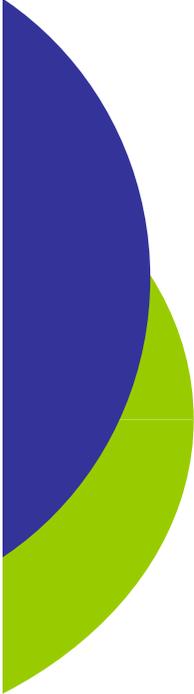
- Le territoire de référence et la liste des acteurs à associer ne peuvent être strictement prédéterminés en amont de l'ouverture du service car ils seront définis d'abord selon le plan personnalisé de compensation de chaque situation accompagnée par le service (lui-même élaboré à partir des besoins et attentes des personnes et en fonction des ressources mobilisables).
- Cependant, certains critères sont à prendre en compte pour la définition du territoire : l'accès géographique au service, les secteurs Education Nationale, le territoire d'intervention des autres SESSAD déjà existants, la MDPH, les associations représentant les familles...
- Les acteurs à associer appartiennent à un spectre très large : les dispositifs spécialisés comme ceux relevant du droit commun constituent des partenaires potentiels. Le repérage des acteurs à mobiliser ne peut être dissocié de l'analyse des besoins par **domaine de vie** évoquée précédemment.



## Ex. Guide méthodologique

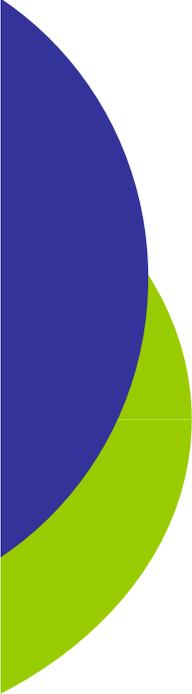
↳ 6<sup>ème</sup> proposition : Définir le choix du territoire d'intervention à partir d'une analyse partagée de la couverture des besoins en tenant compte des configurations géographiques, de l'aménagement du territoire, de l'accessibilité des services de droit commun, des spécificités urbanistiques, de l'équipement scolaire, de l'équipement sanitaire et de l'équipement médico-social.

↳ 7<sup>ème</sup> proposition : Les acteurs à associer pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap relèvent à la fois **du droit commun et des différents secteurs spécialisés des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales**. La stratégie d'intervention d'un SESSAD est transversale aux différentes structures de services publics du territoire d'intervention.



## Ex. coordination territoriale : démarche d'analyse partagée du diagnostic territorial

- ⊗ Finalité de l'inscription d'un SESSAD dans une démarche d'analyse partagée de diagnostic territorial :
  - construire des **stratégies globales d'intervention qui puissent s'appuyer sur l'existence d'un large dispositif d'acteurs** présents dans les différents secteurs (éducatif, scolarisation, sanitaire, médico-social, loisirs, formation, etc.) et **coopérants ensemble au sein d'un dispositif souple et évolutif** s'ajustant aux besoins de la population accompagnée.
  
- ⊗ 1<sup>ère</sup> nécessité :
  - s'accorder sur la définition de la population dont il est question tout en menant ensemble un diagnostic territorial partagé au-delà des caractéristiques de la population accompagnée par chaque structure (« clientèle », « élèves », « patientèle », « usagers »).



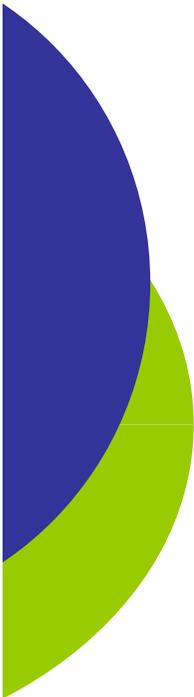
## Ex. de démarche pour l'analyse partagée du diagnostic territorial

### ✕ 2 objectifs sont visés :

- Définir et créer les conditions nécessaires à l'opérationnalité d'un dispositif autour de ces situations de handicap (population préalablement définie) ;
- Identifier les conditions nécessaires à réunir pour assurer la plus grande souplesse possible au dispositif.

### ✕ Exemple de démarche utilisée dans l'expérimentation autour de deux coordinations territoriales «santé mentale/précarité ». L'expérimentation comprend 4 missions :

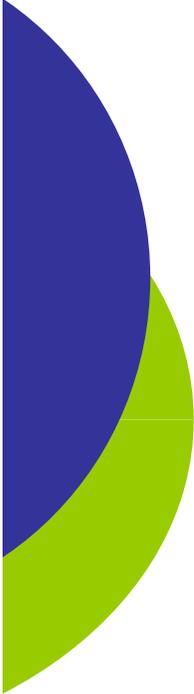
- un **état des lieux** sur chaque territoire ;
- une **formation-action inter institutionnelle** sur l'évaluation des besoins : outils, pratique concertée ;
- la **formalisation du dispositif** et de son plan de travail ;
- l'**évaluation des expérimentations et préconisations** pour une généralisation à d'autres territoires.



## Ex. de démarche pour l'analyse partagée du diagnostic territorial

### ☒ Méthodologie du diagnostic territorial partagé :

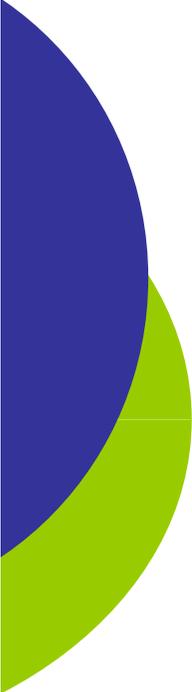
- Une des missions du futur dispositif sera d'évaluer en continu les besoins de la population des personnes en situation de handicap telle que définie préalablement.
- L'objectif étant de favoriser une meilleure articulation entre l'action de chaque acteur, en dépassant autant que faire se peut, les freins administratifs, financiers, institutionnels, culturels, en vue de réponses adaptées et articulées aux besoins et attentes de ce public. Il s'agit de favoriser la définition et la mise en œuvre d'une véritable stratégie globale d'intervention autour de chaque personne en situation de handicap.



## Ex. de démarche pour l'analyse partagée du diagnostic territorial

⊗ Dans le cadre de travaux préparatoires à la mise en place de ce dispositif, un 1<sup>er</sup> diagnostic territorial a été proposé à partir :

- de **données statistiques** de cadrage sur le profil sociodémographique des populations vivant sur les communes concernées ;
- des **constats et attentes** exprimés par les différents acteurs lors d'entretiens préalables au groupe de travail;
- des résultats du traitement des **questionnaires remplis par les professionnels des différentes structures** concernées susceptibles de participer au futur dispositif (définition du public, projet de service, périmètre géographique d'intervention, modalités d'intervention, réponses apportées par les autres acteurs, besoins insuffisamment satisfaits, obstacles rencontrés, collaborations à développer, réponses innovantes ou originales, besoins et attentes des professionnels dans l'exercice de leur fonction ...)
- **d'éléments de problématisation** issus de premières séances de travail
- **d'entretiens avec quelques partenaires.**



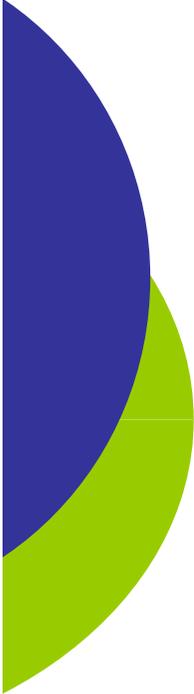
## Ex. de démarche pour l'analyse partagée du diagnostic territorial

⊗ Chaque séance de travail (16 au total) relatif à une thématique (santé, vie sociale, habitat, etc.) est introduite par les éléments collectés dans les questionnaires.

⊗ Ainsi le diagnostic repose sur les éléments apportés par l'ensemble des acteurs dans ces questionnaires ainsi que les propos des différents participants aux séances de travail, qui se déroulent sur plusieurs mois.

⊗ La mise en place de ce dispositif – coordination territoriale «santé mentale/précarité »- part des expériences locales, passées et en cours, pour en tirer des enseignements, les valoriser et formaliser le fonctionnement de ce dispositif pour en assurer la pérennité.

⊗ Les acteurs ont ensuite identifiés les facteurs favorisant la mise en place de ces modes de coopération innovantes et efficaces dans certains territoires et au contraire les éléments de contexte qui les freinent dans d'autres territoires.



## Quelle démarche pour l'analyse partagée du diagnostic territorial ?

⊗ En fonction des attentes relevés chez les différents acteurs et des objectifs à atteindre à travers ce dispositif de coordination territoriale, des **pistes de propositions** émergent des premières réunions et des coopérations déjà engagées :

- **la nécessité de construire le maillage partenarial** (veille sanitaire et sociale, référent de parcours) ;
- **la construction d'un outil d'évaluation partagée et multidimensionnelle** ;
- **la formalisation et le développement d'actions partenariales** (formations, conseils, visites à domicile conjointes, permanences ou actions de professionnels de la santé mentale au sein des autres structures) ;
- **la conduite d'une réflexion spécifique** (non demande ou refus de soin, souffrance psychique non inscrite dans une pathologie psychiatrique...) ;
- **une réorganisation des ressources territoriales** (approche territorialisée et intersectorielle, interlocuteurs privilégiés pour faciliter l'accès aux droits...).