



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

**HANDICAP ET SANTE MENTALE :
ETABLIR DES ZONES FRANCHES ENTRE MILIEU
SPECIALISE ET MILIEU ORDINAIRE**

– thème n° 5 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 09 élèves en formation initiale
(2 D3S, 2 MISP, 2 IASS, 1 IG, 2 EDH)

Animateur

M. BRZUSTOWSKI

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes rencontrées et contactées (tableau joint en annexes) lors de ce séminaire interprofessionnel ; leurs disponibilités, accueil et professionnalisme ont été sans faille. Leurs dynamisme et compétence nous ont apporté l'aide et la connaissance indispensable à l'élaboration de ce document.

PRELIMINAIRE

Le groupe de travail constitué autour de ce sujet de réflexion a suivi la démarche suivante :

- réalisation d'entretiens semi-directifs, à deux, chacun appartenant à une filière différente, et, selon trois axes de questionnement :
 - quel est le dispositif existant ? ;
 - quelle approche critique en faites vous ? ;
 - quelles sont à votre connaissance les expériences qui sur le terrain vous semblent innover, ou quels sont selon vous les espaces pour le faire ? ;
- une recherche bibliographique.

La dimension collective du travail s'est exprimée au moment de la conception de la démarche, de la mise en commun des observations et de la synthèses des idées, puis de la rédaction.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1 DES FRONTIÈRES ENCORE TROP MARQUÉES ENTRE MILIEU ORDINAIRE ET MILIEU SPÉCIALISÉ.....	3
1.1 Un double mouvement : une inscription en milieu spécialisé et un maintien en milieu ordinaire.....	3
<u>1.1.1 CDES ET ÉDUCATION</u>	3
<u>1.1.2 COTOREP ET INSERTION PROFESSIONNELLE</u>	4
<u>1.1.3 UNE MULTIPLICITÉ D'AIDES FINANCIÈRES</u>	7
<u>1.1.4 UN HÉBERGEMENT TRADITIONNELLEMENT STRUCTUREL</u>	8
1.2 La mise en relief d'un certain nombre de critiques	8
<u>1.2.1 LE CONSTAT D'UN PHÉNOMÈNE DE CLOISONNEMENT</u>	8
<u>1.2.2 DES INFLUENCES D'ORDRE SOCIO-ÉCONOMIQUE ET PSYCHOLOGIQUE</u>	10
<u>1.2.3 L'INADAPTATION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DES MOYENS FACE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES PERSONNES HANDICAPÉES</u>	11
2 VERS L'INSERTION : NÉCESSITÉ DE DÉVELOPPER LES ZONES FRANCHES ENTRE MILIEUX ORDINAIRE ET SPÉCIALISÉ	12
2.1 Une dynamique influencée par un nouveau cadre conceptuel et par des expériences innovantes.....	12
<u>2.1.1 LA RÉVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS (CIH).</u>	12
<u>2.1.2 QUELQUES EXEMPLES INTERNATIONAUX</u>	14
<u>2.1.3 DES INITIATIVES DE TERRAIN</u>	15
2.2 PROPOSITIONS CONCRETES D'INSERTION ET D'INTEGRATION	16
<u>2.2.1 PROPOSITIONS EN MATIÈRE D'ORIENTATION ET SUIVI INDIVIDUALISÉ</u>	16
<u>2.2.2 PISTES DE RÉFORMES DES DIFFÉRENTS DOMAINES DE RÉINSERTION DE LA PERSONNE HANDICAPÉE</u>	17
ANNEXE I - EXEMPLES ÉTRANGERS	22

1. L'ÉDUCATION DES JEUNES HANDICAPÉS VARIE TRÈS FORTEMENT
D'UN PAYS À L'AUTRE 22

2. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION 23

ANNEXE II - LES EXPÉRIENCES INNOVANTES 25

1. AU NIVEAU DE L'HEBERGEMENT 25

2. AU NIVEAU DU TRAVAIL - EXEMPLE EN MILIEU ORDINAIRE 26

3. AU NIVEAU DES SOINS EDUCATIFS ET DE REHABILITATION 29

**ANNEXE III - STRUCTURES ACCUEILLANT DES PERSONNES
HANDICAPÉES 33**

1 LES STRUCTURES POUR ENFANTS HANDICAPÉS 33

2 LES STRUCTURES POUR ADULTES HANDICAPÉS 37

BIBLIOGRAPHIE

RESUME

« Pour nous, l'invalidité n'est pas seulement une affaire physique : c'est notre ontologie, c'est la condition même de « notre être au monde » » : ainsi s'exprime Robert Murphy, anthropologue et paraplégique, résumant maints témoignages donnés par des personnes handicapées. C'est dire que le handicap, qu'il soit natif ou acquis, s'impose à l'individu comme une contrainte extérieure et permanente, et définit les termes de sa vie dans sa totalité.

Aussi les politiques de prise en charge du handicap se sont-elles engagées depuis la loi du 30 juin 1975 dans un lent et double processus qui vise d'une part à opérer une « discrimination positive » permettant d'aider les personnes handicapées dans leur accès aux droits (scolarité, formation, travail, loisirs, culture) afin de leur assurer, autant que possible, l'exercice des rôles sociaux qui sont ceux de leur catégorie d'âge, d'autre part, face aux difficultés rencontrées par une large part de la population handicapée pour lesquelles de telles conditions d'optimisation ne sont pas suffisantes pour accéder aux droits communs, à développer un dispositif parallèle « spécialisé » : réseau de services d'accueil et de soins (c'est le secteur médico-social) et dispositif de formation et de travail protégé (en particulier les CAT).

Or, à l'encontre de la logique d'insertion qui présidait à ce double mouvement, s'est progressivement dessinée une véritable frontière entre le milieu spécialisé et le milieu ordinaire : on s'aperçoit en effet que, le secteur handicapé campant sur son exception, seule une minorité des personnes handicapées dépendant du milieu ordinaire – par exemple un travailleur en CAT – parvient à en sortir pour s'insérer dans le milieu ordinaire ; à l'inverse, tout se passe comme s'il était nécessaire pour pouvoir approcher ce secteur replié sur sa spécificité de posséder un "laisser-passer".

A la rigidité du système institutionnel, où les établissements sont séparés physiquement et symboliquement du corps social, s'oppose la souplesse et la relativité de la notion de handicap. Dessertine apporte aux définitions habituelles (on peut évoquer celle du rapport Bloch-Lainé, pour lequel sont handicapés les enfants, les adolescents et les adultes qui "subissent par la suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières, par rapport à la normale ; celle-ci étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société") des compléments importants :

« - le handicap est une notion relative (il ne peut donc être évalué qu'en fonction de la situation envisagée)

- le handicap recouvre une situation évolutive
- le handicap recouvre des réalités différentes et non réductibles les unes aux autres
- le handicap ne peut être appréhendé qu'en relation avec l'état de la société à un moment donné »

Comment, dès lors, ne pas s'interroger sur la légitimité d'un dispositif qui cloisonne les milieux au lieu de favoriser leur interpénétration ? Si les grands principes généraux qui ont inspiré la loi de 1975 restent pertinents, il n'en reste pas moins que cette dernière n'a pas su se doter d'outils suffisamment efficaces pour organiser une offre sociale et médico-sociale réellement adaptée à la satisfaction des besoins lesquels ont évolué quantitativement et qualitativement et n'a pas empêché l'importante disparité des réponses apportées dans chaque région et chaque département. En outre, elle ne reconnaît ni n'encourage les formes actuelles et diversifiées de l'intervention sociale, qui a très sensiblement évolué depuis 20 ans. Ainsi apparaît aujourd'hui la nécessité d'un profond renouvellement de la législation, dont les principales orientations sont la promotion des droits des bénéficiaires et de leur entourage, l'élargissement des missions de l'action sociale et médico-sociale, l'amélioration des procédures techniques de pilotage du dispositif, l'instauration d'une réelle coordination des acteurs.

N'est-ce pas précisément ce que sous-tend la notion de zone franche, qui désigne un espace social au centre duquel se trouverait la personne handicapée, et à laquelle les deux milieux, travaillant en *osmose*, pour reprendre une expression de Henri-Jacques Stiker, apporteraient leurs compétences ? Ne s'agit-il pas pour le milieu spécialisé d'agir en milieu ordinaire et pour le milieu ordinaire d'être constamment soutenu, aidé, éclairé par l'expérience et le savoir-faire des professionnels spécialisés ?

Mais les résistances sont fortes et multiples les milieux spécialisés craignent -à juste titre- que les personnes handicapées soient finalement à l'abandon sous prétexte de non-discrimination d'une part, d'autre part que, en favorisant unilatéralement l'intégration, on ne fasse disparaître les connaissances et les expériences qu'ils ont pu accumuler. On peut également identifier un motif moins noble, à savoir la perpétuité d'un pouvoir sur les personnes et la perpétuation d'un lobby social. Les milieux ordinaires à leur tour freinent incontestablement l'intégration, pour des raisons psychosociales, économiques voire politiques, facteurs auxquels viennent s'ajouter des obstacles techniques.

Pourtant, tant qu'un double secteur de présence des personnes handicapées dans la société existera, la tâche des professionnels du handicap demeurera inachevée : l'intégration en milieu ordinaire doit rester l'horizon de leur action. Bien plus, c'est le processus démocratique lui-même, lequel doit faire participer tout citoyen aux dispositifs et aux biens communs, qui n'est pas achevé. Au demeurant, le problème se pose avec d'autant plus d'acuité qu'on estime aujourd'hui à 3,5 millions le nombre de personnes souffrant d'une déficience à un titre ou à un autre. Penser la question du handicap est penser la société, de même que penser la société peut passer par la question du handicap.

1 DES FRONTIERES ENCORE TROP MARQUEES ENTRE MILIEU ORDINAIRE ET MILIEU SPECIALISE

Si les lois de 1975, tout en mettant en place un système d'institutions spécialisées, visaient à promouvoir le maintien en milieu ordinaire, il subsiste de toute évidence une certaine dichotomie entre les deux milieux. Or, outre le fait que cette dichotomie génère de multiples dysfonctionnements, elle va finalement à l'encontre de la logique initiale d'insertion.

1.1 Un double mouvement : une inscription en milieu spécialisé et un maintien en milieu ordinaire.

1.1.1 CDES et éducation

L'éducation est une obligation, mais bien qu'elle soit accessible au plus grand nombre elle ne l'est pas à tous. Pour les enfants atteints de handicap, il a fallu attendre la loi du 30 juin 1975, relative à l'orientation en faveur des personnes handicapées, pour que ce droit soit érigé en obligation nationale. Une Commission Départementale d'Education Spéciale (CDES), instituée par l'article 6 de cette loi, a été créée à cette fin. Elle reconnaît le handicap, définit le taux d'incapacité, attribue la carte d'invalidité et l'allocation d'éducation spéciale (AES) et a compétence pour désigner les établissements ou services dispensant l'éducation spéciale. Elle est composée de représentants de l'éducation nationale, de la DDASS, des usagers, de la CAF et des organismes d'assurance maladie. Elle rend ses décisions de façon collégiale sur la base d'un avis élaboré par une équipe technique.

Pour fonctionner, elle peut déléguer certaines de ses compétences à des commissions de circonscription préélémentaire et élémentaire (CCPE) ou du second degré (CCSD) et le pouvoir de décisions qui n'engagent pas les moyens de l'assurance maladie pour l'éducation spéciale. Les CCPE et les CCSD interviennent en première ligne pour les orientations en classe d'intégration scolaire (CLIS), en unité pédagogique d'intégration (UPI), en section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) et en établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA). Lorsque ces commissions ne peuvent pas traiter les dossiers, elles les transmettent à la CDES.

Pour ce qui relève du milieu ordinaire, l'avis de la CCPE ou de la CCSD suffit. Les CLIS en primaire, les UPI au collège pour les handicapés mentaux, les SEGPA au collège et les EREA constituent des sections spécialisées au sein d'un système ordinaire de scolarisation et sont financées par l'Education Nationale.

La CDES inscrit et oriente vers l'éducation spéciale ou vers l'éducation en milieu ordinaire. Sa décision de la commission s'impose aux établissements.

L'orientation vers une éducation spéciale peut se faire soit en établissement médico-social (défini par la loi N° 75 535 du 30 juin 1975) en internat ou semi-internat et selon le type de handicap : les IME, les IMPRO ou les Institut de rééducation IR, soit vers une section d'éducation spéciale d'un établissement scolaire en milieu ordinaire. La prise en charge financière est à la charge totale de l'assurance maladie pour ce qui concerne l'éducation spéciale. L'amendement Creton prévoit, après l'âge de 20 ans, un maintien dans un établissement médico-social de l'éducation spéciale à défaut d'orientation.

L'intégration scolaire en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés reste une priorité affichée à la fois par l'éducation nationale (plan Handiscol) et du secrétaire d'état à la santé et à l'action sociale. Cette intégration peut être facilitée par des services extérieurs financés par l'assurance maladie et qui demandent nécessairement une orientation par la CDES pour les SESSAD (service d'éducation spécialisée et de soins à domicile), les SSAD (service de soins et d'aide à domicile), les SAFEP (service d'accompagnement familial et d'éducation précoce), les SSEFIS (service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire) et les SAAAIS (service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire). Leur originalité est d'assurer les soins facilitant l'adaptation et l'intégration qui permettent aux enfants handicapés d'avoir une vie aussi proche que possible de celle des autres enfants de leur âge et de construire un projet individualisé s'ajustant à la progression de chaque enfant.

En revanche, pour les prises en charge par les CAMSP (centre d'action médico-social précoce) et les CMPP (centre médico-psycho-pédagogique), l'orientation CDES n'est pas nécessaire.

L'éducation nationale dispose pour l'intégration en milieu scolaire ordinaire ou dans les sections spécialisées du Projet Individualisé d'Intégration Scolaire (PIIS), qui permet une intégration basée sur les particularités de l'enfant ou de l'adolescent. Les enseignants du milieu ordinaire doivent être formés aux particularités de ces enfants et adolescents. Mais souvent encore les enseignants sont laissés seuls avec des aides de quelques heures par semaine.

1.1.2 COTOREP et insertion professionnelle

La COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) a pour mission principale le traitement des dossiers des personnes handicapées adultes, ceci en coordination avec la CDES, dans le cadre du transfert de dossiers de jeunes handicapés arrivés à l'âge adulte. Elle est incontournable d'une part pour obtenir le statut de travailleur handicapé et d'autre part pour définir un taux d'incapacité ouvrant droit à différentes aides. Pour répondre à ces deux compétences elle est divisée en deux sections.

La 1^{ère} section accorde la reconnaissance du statut de travailleur handicapé (RQTH) et oriente soit vers le milieu de travail ordinaire, soit vers un bilan de pré-orientation, soit vers une formation ou vers un milieu de travail protégé. Cette orientation doit se faire en fonction des besoins réels du travailleur handicapé et non du type de places existantes et disponibles. Elle est précédée d'une évaluation, qui repose sur l'avis de l'équipe technique pluridisciplinaire. Devant le nombre important de dossier à traiter l'équipe technique se réduit parfois au seul médecin.

Cette section oriente uniquement, sans savoir si sa décision est suivie d'effets et sans connaître la disponibilité en temps réel des places. Si elle ne place pas le travailleur handicapé en entreprise, elle peut le confier à d'autres partenaires qui assureront le relais pour retrouver effectivement une place en milieu de travail ordinaire.

Dans le département d'Ille et Vilaine, elle travaille en étroite relation avec le Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH) qui, avant d'entamer une démarche orientée vers le handicap, travaille sur le droit commun de chaque citoyen; ce qui permet une entrée beaucoup plus rapide dans le monde du travail.

Elle collabore au schéma départemental du handicap du Conseil Général, qui traite le handicap dans son ensemble et non seulement sur le plan du travail.

Pour les malades mentaux stabilisés, la GRIF financée par l'AGEFIPH et l'Etat, propose un 1^{er} module d'évaluation et un 2^{ème} d'orientation professionnelle. Un effort particulier est réalisé envers les jeunes sortant d'IMPRO, qui présentent un taux d'échec important à l'apprentissage. Le GRAFIC est un dispositif de soutien à l'apprentissage qui doit leur donner plus de chance pour l'insertion et l'apprentissage.

La 2^{ème} section, après avis de la commission technique, détermine un taux d'incapacité qui, s'il est supérieur à 80%, donne droit à la carte d'invalidité, aux aides financières et reconnaît l'inaptitude au travail.

Le personnel des deux commissions techniques comprend des psychologues, des assistants sociaux et des médecins, qui ont plus une formation de médecins généralistes ou de psychiatres que de médecins du travail ou du handicap.

Dans le cadre de l'insertion professionnelle, le travail est une notion sociale dont la valeur évolue. Privilège en situation de chômage, le travail, comme la formation professionnelle, constitue aujourd'hui une modalité importante et indispensable d'intégration sociale. Les personnes handicapées bénéficient de dispositions particulières et généreuses pour la formation professionnelle, l'insertion professionnelle, le reclassement ou le maintien dans l'emploi.

Les établissements de travail protégé s'adressent à des personnes handicapées pour lesquelles l'insertion en milieu de travail ordinaire s'avère impossible. Leur fonction principale est de créer, dans le cadre d'une activité productive graduellement adaptée, des conditions de travail pour permettre à ceux qui le peuvent d'avoir une activité professionnelle.

La loi d'orientation de 1975 prévoit trois types d'établissement de travail protégé :

- Les centres d'aide par le travail (CAT)
- Les ateliers protégés (AP)
- Les centres de distribution de travail à domicile (CDTD).

Davantage lieu d'exclusion que tremplin pour l'insertion comme le prévoyait la loi de 1975, le travail protégé ne démontre généralement pas de réelle efficacité sociale, comme on le lui reproche souvent.

L'attrait de la protection qu'il offre dissuaderait, ceux qui en auraient la possibilité de tenter leur chance sur le marché du travail. Il aurait même aujourd'hui tendance à attirer ceux qui ont du mal à s'y maintenir.

Les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire se sont heurtées ces dernières années aux obstacles liés à un contexte de faible croissance et un niveau de chômage élevé. La plupart des entreprises de plus de vingt salariés soumises à l'obligation d'embauche à hauteur de 6 % de leur effectif (loi de 1987) préfère souvent l'autre alternative à savoir le versement d'une contribution financière au bénéfice du fonds de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées géré par l'AGEFIPH.

Aujourd'hui le gouvernement semble vouloir insuffler une nouvelle dynamique à l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire. A cette fin, l'Etat et l'AGEFIPH ont signé en 1998 une convention pluriannuelle d'objectifs sur leur emploi, dont le but est la progression du taux d'emploi des travailleurs handicapés. Ils s'engagent à :

- Renforcer et développer l'accompagnement personnalisé des personnes handicapées vers l'emploi.
- Développer les actions de bilan-évaluation pour les personnes orientées par les COTOREP vers le milieu ordinaire ou une formation.
- Augmenter l'effort de formation qualifiante au bénéfice des personnes handicapées.
- Développer l'apprentissage et l'alternance pour les jeunes et adultes handicapés et renforcer la préparation à la vie professionnelle lors de la formation initiale.
- Mener une action de sensibilisation auprès des employeurs les plus éloignés des objectifs d'emploi.
- Développer l'alternative au milieu protégé en favorisant l'embauche en milieu ordinaire.

Pour faciliter leur insertion professionnelle ou éviter leur désinsertion professionnelle et donc privilégier le maintien dans le monde du travail, l'ensemble des départements ont été dotés de PDITH. Sa cellule de coordination du PDITH a pour compétence :

- Une mission d'observation, d'évaluation pour pouvoir émettre un avis sur l'état des différentes actions menées dans le département.

- Une mission de dynamisation ou de mise en réseaux des différents partenaires impliqués dans l'insertion et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.
- Une mission de recherche de cohérence des actions menées dans le département par les différents acteurs.

1.1.3 Une multiplicité d'aides financières

Certaines aides financières visent à garantir un minimum de ressource à la personne handicapée comme l'AAH, la rente d'invalidité, la rente d'accident ou de maladie professionnelle ou encore la garantie de ressource. D'autres ont pour fonction de compenser les charges et frais supplémentaires liés directement au handicap telles l'allocation compensatrice, l'allocation compensatrice tierce personne, l'allocation d'éducation spéciale. Certaines visent à financer des aides techniques de compensation fonctionnelle, un aménagement du logement ou de l'environnement dans le but d'obtenir la plus large autonomie possible pour la personne handicapée. Enfin, les personnes handicapées peuvent bénéficier d'aides financières dont l'objectif est de faciliter l'insertion professionnelle (aides à la formation professionnelle, au reclassement professionnel) ou le maintien dans l'emploi (aménagement, adaptation du poste de travail).

La multiplicité et la diversité des aides financières impliquent donc la mobilisation d'un grand nombre de financeurs potentiels. Pour étayer ce constat, il est intéressant de dresser une liste non exhaustive des différentes sources de financement susceptibles d'être sollicitées pour traiter le problème du handicap : CPAM (prestations légales et extra-légales), CRAM, MSA, régimes particuliers, CAF, Caisses de retraite complémentaire, Mutuelles, CCAS, Conseils Général et Régional, AGEFIPH, Associations de personnes handicapées et fonds de compensation.

Il est bien évident que la personne handicapée ou sa famille auront bien du mal à s'y retrouver. Pour faciliter et optimiser l'octroi des aides financières adaptées aux besoins individuels de la personne handicapée et pour obtenir le maximum d'autonomie, une expérimentation a été réalisée initialement sur quatre sites départementaux et a été étendue à onze nouveaux départements. Elle consiste à la mise en place d'un comité départemental ayant pour mission l'attribution de la compensation fonctionnelle des incapacités des personnes en situation de handicap. Ce comité se compose d'une part d'une équipe pluridisciplinaire qui évalue le handicap, recherche les aides techniques et humaines les plus appropriées à chaque personne handicapée, et d'autre part d'une commission des financeurs dont le rôle est de trouver les ressources nécessaires. Ce nouveau dispositif présente l'intérêt de regrouper les représentants de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge du handicap, de développer l'accès aux compensations fonctionnelles les plus adaptées pour la personne handicapée en s'adressant à un guichet unique, de simplifier et clarifier les procédures de financement et ainsi de réduire les délais.

1.1.4 Un hébergement traditionnellement structurel

Les établissements d'hébergement offrent aux personnes handicapées qui ne nécessitent pas de soins lourds ou continus, un lieu de vie, des activités d'éducation, de socialisation et d'aide à l'autonomie. Ce sont les foyers d'hébergement, les foyers occupationnels, les foyers à double tarification et les maisons d'accueil spécialisé. Pour les handicapés vieillissants le problème reste entier.

L'hébergement des handicapés mentaux s'organise autour de structures ambulatoires telles : l'hôpital de jour, l'hôpital de nuit, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, les appartements thérapeutiques, les appartements communautaires, le placement familial non spécialisé et le placement familial spécialisé.

Les structure d'hébergement pour personnes handicapés relèvent de la compétence du département. Or, une majorité de CAT, sous une unique entité juridique, a adossé à sa structure de travail protégé ce type de dispositif. Perdre son emploi signifie donc pour le travailleur handicapé hébergé perdre aussi son logement. Faut-il nécessairement lier la prise en charge du handicap et le projet d'insertion ? Une même critique peut être adressée aux systèmes des appartements thérapeutiques et associatifs : lorsque la personne est estimée prête pour l'insertion, elle est condamnée à partir au risque de remettre en cause les équilibres acquis. La loi de lutte contre les exclusions a tenu compte du problème en développant les possibilités de baux glissants.

1.2 La mise en relief d'un certain nombre de critiques

L'existence de deux milieux, non seulement distincts mais aussi, et peut-être surtout, imperméables l'un à l'autre, est incontestable. La rigidité du système est d'autant plus grande que c'est la loi elle-même qui a inscrit dans les faits une division entre les dispositifs. Les acteurs eux-mêmes dénoncent l'illisibilité du dispositif.

Il semble donc indispensable de discerner quelles sont les différentes lignes de fracture entre les deux milieux, d'en comprendre les effets néfastes, enfin de percevoir les représentations que les acteurs se font du dispositif dans lequel ils évoluent.

1.2.1 Le constat d'un phénomène de cloisonnement

La multiplicité des acteurs publics intervenant dans le domaine du handicap (phénomène encore accru par le mouvement de décentralisation) a conduit au morcellement de la prise en charge du handicap, alors même que cette dernière se doit d'être globale.

C'est en premier lieu au niveau des financements que le cloisonnement est manifeste. L'illustration peut en être donnée en observant le fonctionnement de la CDES. A l'image de la commission d'Ille et Vilaine, la CDES, saisie en second lieu par les commissions de circonscription, statue pour une prise en charge en milieu spécialisé.

Le poids de la décision est différent, selon l'orientation vers un service ou vers un établissement.

Lorsque la décision oriente vers un établissement spécialisé, la CDES lui confie entièrement l'enfant, son inscription dans ce secteur lui permet rarement de bénéficier des services propres au milieu ordinaire. Il appartient ensuite à cet établissement d'élaborer un projet de "réinsertion en milieu ordinaire"; paradoxalement son équipe est en position de demandeur pour restituer une place à l'enfant qui en principe est la sienne. L'initiative d'un tel projet est totalement déléguée par la CDES au prestataire de la prise en charge. Le décideur, qui a une légitimité non seulement administrative mais surtout technique, n'est pas systématiquement informé de l'évolution du placement.

De même, lorsque les CCPE ou les CCSD orientent un enfant vers une CLIS ou une UPI, cette situation n'est pas connue par la CDES. Et si celle-ci oriente vers un service de soins et d'aide à domicile (SESSAD), cela ne pourra concerner qu'un enfant maintenu dans une classe ordinaire.

Ce phénomène de cloisonnement peut s'observer au sein même des espaces de décision. Si le risque est moindre dans le cas des décisions collégiales qui sont fondées sur un avis technique externe, il est majeur dans le cas où cet avis et la décision appartiennent au même individu

Ainsi, le médecin conseil de la CPAM est seul compétent pour déterminer l'aptitude au *travail*; le médecin du travail a quant à lui compétence pour déterminer l'aptitude à l'*emploi*. Or, même s'il existe une fiche de liaison, la coordination n'est nullement une obligation.

Le cloisonnement existe également entre instances de décision et structures de prise en charge, comme en témoigne l'information donnée par le coordonnateur du PDITH du Morbihan : en 1999, la COTOREP a orienté environ 400 personnes vers les CAT sans prendre en compte le fait que seules 12 places avaient été libérées. L'exemple est également révélateur d'une évidente inadéquation des moyens aux besoins.

On observe donc une dérive alarmante au sein du dispositif institutionnel. Ce dernier a finalement mis en œuvre une dynamique inverse à celle qu'il était sensé engager : à force de vouloir protéger la personne handicapée afin d'optimiser ses chances d'insertion, le milieu spécialisé l'isole du milieu ordinaire.

La dimension socio-économique

Une approche de type "sociologique" de la question permettrait sans doute de comprendre que certaines structures, soucieuses de leur pérennité, s'attachent moins à évoluer qu'à perdurer, laissant parfois au second plan la mission qui leur était attribuée. Le dispositif originel s'est en quelque sorte figé et est devenu protecteur des institutions. Aussi le secteur social et médico-social est-il parfois suspecté d'inertie, de manque de dynamisme (paradoxe d'un secteur considéré aussi comme très innovant) d'où la volonté politique d'engager des procédures d'évaluation, de contrôle (notamment par l'intermédiaire d'autorisations délivrées pour une durée limitée).

En outre, la logique proprement "économique" qui anime les sociétés contemporaines développe des mécanismes qui conduisent à exclure plus qu'à inclure. La rationalisation de la production, la notion de compétitivité, l'obligation de rentabilité supposent la sélection des travailleurs. Dans cette perspective, que deviennent et qu'ont à dire les personnes handicapées. On comprend que l'obligation d'emploi, les moyens de l'Agefiph, les protestations des associations de personnes handicapées, ne représentant que peu de poids, face au mouvement de dissociation entre la richesse produite et le travail humain.

Au demeurant l'institutionnalisation, en faisant du secteur protégé un sous-secteur économique, intégré aux stratégies du "monde de l'entreprise", renforce ce mouvement. Les centres de travail protégé se trouvent alors confrontés au paradoxe qui consiste à être insérés dans le paysage économique mais non pas intégrés. Ainsi, la faiblesse des flux entre les milieux du travail "ordinaire" et protégé est évidente (cf. chiffres d'intégration dans les entreprises : officiellement 4%, mais dans la réalité plus proche de 2%, c'est-à-dire bien loin des 6% fixés par la loi).

La dimension psychologique.

La capacité de « tolérance » face aux personnes handicapées est variable, mais non indéfiniment extensible. Elle résulte essentiellement de la méconnaissance des handicaps, qui engendre des comportements souvent inadaptés, ces derniers justifiant eux-mêmes, en retour, le repli des personnes handicapées sur le milieu spécialisé.

Ainsi une personne handicapée moteur au centre de Kerpape (Morbihan) témoigne de sa crainte du regard de "l'autre", et de son acceptation de l'effet protecteur de l'institution. Une autre, déficiente visuelle, reconnaîtra: "le fait de ne jamais avoir été scolarisée aux Hauts-Thébaudières (Loire-Atlantique) m'a beaucoup aidée à être adaptée..., insérée".

La mise en œuvre d'une réelle intégration se heurte donc à de multiples résistances :

- venant des familles des non handicapés bien sûr, mais aussi des familles de personnes handicapées qui, en même temps qu'elles revendiquent l'intégration en milieu ordinaire, l'appréhendent.
- les professionnels du milieu ordinaire sont peu, voire pas formés et manquent d'informations à l'égard du handicap. Plus qu'ils ne la préparent et ne la soutiennent, l'intégration leur est imposée.
- les personnels des établissements médico-sociaux ont tendance à chercher à pérenniser leur activité.

1.2.3 L'inadaptation qualitative et quantitative des moyens face aux besoins spécifiques des personnes handicapées

La réponse qualitative est fonction de la nature du handicap à accompagner. La réponse en matière de soins ou de rééducation est souvent la spécialisation ; lorsque cette logique rencontre une logique institutionnelle, on voit émerger des institutions spécialisées.

Or le souci de rationaliser les moyens institutionnels a conduit à l'élaboration de réponses s'adressant au plus grand nombre ; de ce fait, ces réponses délaissent les personnes ayant des incapacités plus difficiles à compenser, dans la mesure où les structures ne leur sont pas adaptées. Cette situation, dans laquelle la personne handicapée ne peut pas être prise en charge, est gérée par des aides financières qui prévoient alors une majoration d'allocation.

La réponse quantitative passe par une réelle connaissance des situations. Or les données statistiques ne permettent pas d'évaluer les besoins réels. Les chiffres concernant les personnes handicapées peuvent atteindre six millions de personnes, si l'on considère les réponses positives à l'item introduit dans le recensement de 1999. Les mêmes difficultés d'évaluation des besoins se retrouvent à l'échelon départemental. Ainsi les COTOREP ne disposent pas d'outils adaptés d'évaluation du handicap¹.

De même, l'évaluation des actions engagées, pourtant essentielle, rencontre de réelles difficultés.

Enfin, la reconnaissance de travailleur handicapé est provisoire ; pour diverses raisons (avis de la COTOREP, oubli de demande de renouvellement, changement de statut) une personne handicapée peut perdre son statut.

Ainsi se précise une question essentielle : si l'intégration n'efface pas le handicap, l'accès au milieu ordinaire peut de surcroît ôter le statut de travailleur handicapé ou faire perdre une partie des bénéficiaires secondaires compensant la déficience, conduisant éventuellement à une fragilisation sociale. On comprend, dès lors, qu'une « redynamisation » raisonnée du système s'impose.

¹ "Mission d'évaluation et de contrôle : L'indispensable réforme des COTOREP", Documents de l'Assemblée nationale.
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2000

2 VERS L'INSERTION : NECESSITE DE DEVELOPPER LES ZONES FRANCHES ENTRE MILIEUX ORDINAIRE ET SPECIALISE

Notre vision des situations de handicap a évolué de manière significative, notamment sous l'influence des réflexions sur la notion même de handicap et à partir des expériences innovantes françaises et étrangères. La dynamique qui en résulte conduit à imaginer de nouvelles perspectives d'insertion à long terme et à avancer des propositions concrètes d'intégration.

2.1 Une dynamique influencée par un nouveau cadre conceptuel et par des expériences innovantes

2.1.1 La révision de la classification internationale des handicaps (CIH).

L'évolution internationale du concept de handicap mérite une attention particulière dans la mesure où, venue d'autres pays, elle remet en cause des principes fortement ancrés dans notre culture. Cette évolution se matérialise notamment à travers la révision de la CIH, élaborée par Philippe WOOD et publiée en 1980. On notera à cet égard que la traduction française se différencie de la terminologie anglaise. Ainsi, l'« International classification of impairments, disabilities and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease » est devenue la « Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages ». On a réintroduit le terme générique et flou de handicap là où la proposition anglaise le supprimait.

L'apport essentiel de la classification est :

- d'une part, la distinction de trois niveaux d'expérience dans la situation de handicap : la déficience (l'organe), l'incapacité (la personne), le désavantage (le social) ;
- d'autre part, l'introduction de deux nouvelles notions qui font évoluer la représentation du handicap : la substitution d'un modèle réadaptatif au modèle classique de la guérison (accent mis sur la mobilisation des capacités restantes de l'individu) et l'émergence de la notion de désavantage social (mise en avant des conséquences sociales des incapacités et des déficiences).

Cependant le modèle conceptuel de la CIH repose sur un modèle individuel, qui ne prend en compte que les seules « déficiences » de la personne.

Aussi, il fait l'objet de critiques importantes, notamment des québécois et des anglo-saxons - alors que celles-ci sont plutôt marginales en France - qui lui opposent un modèle social.

Ce dernier, essentiellement politique, implique des choix et des priorités à mettre en œuvre afin de favoriser la citoyenneté des personnes handicapées. Il appelle à un changement social qui vise à adapter la société aux particularités des personnes et plus seulement la réadaptation de celles-ci à la vie en société.

C'est ce modèle social qui transparaît dans la nouvelle version de la CIH. On prend désormais en compte de façon fondamentale les facteurs environnementaux dans l'analyse du processus de formation du handicap. Celui-ci n'est plus inhérent à la personne, mais provoqué par l'environnement. On ne parle donc plus de handicap de la personne mais de situations de handicap à lever pour qu'elle puisse s'intégrer à la société.

Par conséquent, la nouvelle version (dite CIH 2 version Bêta 2) n'est plus, comme la CIH 1, destinée à améliorer les connaissances sur les maladies ; elle ne se situe plus directement dans l'objectif de quantification des seules conséquences néfastes des maladies en vue de prévoir la compensation la mieux adaptée, mais elle se fixe un objectif beaucoup plus ambitieux, visant la compréhension et la description du processus de production du handicap, qui intègre variables individuelles et variables environnementales (modèle « bio-psychosocial »). Cette approche s'inspire des « règles d'égalisation des chances des personnes handicapées » de l'ONU, approche impulsée par le mouvement international des personnes handicapées et qui tente de résoudre la dichotomie entre modèle individuel et modèle social. Cette nouvelle classification, qui porte le titre provisoire de « classification internationale du fonctionnement [humain] et du handicap », se présente aussi en trois dimensions : fonction et structure du corps (à la place de l'ancienne dimension de déficience), activité , participation. Les termes sont neutres et imprégnés d'une attitude « politiquement correcte » qui entrave la rigueur conceptuelle et la démarche de révision.

Par ailleurs, la CIH 2 retient au sein du modèle social une approche universaliste plutôt qu'une approche différentialiste. Cette dernière s'appuie sur le droit à la différence, sur la reconnaissance d'une spécificité et par conséquent, en termes de politiques sociales, sur le droit à la compensation, et donc à la discrimination positive (mais compense-t-on l'incapacité ou le désavantage social ?). L'approche universaliste s'appuie, elle, sur l'idée que tout un chacun court le risque du handicap. Il ne s'agirait donc plus d'envisager à partir de cette approche une spécificité des besoins d'une population handicapée engageant des mesures compensatoires, mais de mettre en œuvre le principe de non discrimination absolue.

Cette orientation met en question les politiques sociales françaises fondées sur la compensation et la discrimination.

2.1.2 Quelques exemples internationaux

Les pays de l'Europe du Nord proposent des systèmes où, pour privilégier le plus possible l'insertion en milieu ordinaire, les structures spécialisées sont réduites au maximum ; ces modèles ont une forte valeur suggestive pour un pays comme la France en cours de réflexion sur une réforme de son système.

- **L'intégration scolaire en Suède**

En Suède, la grande majorité des élèves handicapés est intégrés à l'école ordinaire, bénéficiant le cas échéant de cours particuliers en fonction de leurs capacités et du soutien pédagogique qu'ils nécessitent. Les écoles ont pour mission de veiller à ce que tous les élèves, sans exception, bénéficient de conseils en matière d'études et d'orientation professionnelle.

A l'issue de leur scolarité, les jeunes élèves handicapés ont accès, à égalité de droits et de devoirs, à l'ensemble des ressources et des services fournis par l'Office de l'emploi et l'Institut d'insertion. La politique active de préparation à l'emploi et de recherche d'embauche repose sur des stages préalables en entreprise. Les jeunes élèves handicapés bénéficient d'aides humaines ou techniques si nécessaire.

- **Des dispositions générales en faveur de l'intégration au Royaume-Uni**

Le Royaume-Uni se distingue par sa politique sociale fondée sur l'intégration dans la société et le soutien à domicile. Ainsi, en matière d'éducation, les aides techniques, largement répandues, sont prises en charge par la direction locale de l'éducation, tandis que la direction de l'emploi développe celles qui permettent à une personne de garder ou de trouver un emploi. Les services de santé ou les services sociaux mettent à la disposition des personnes handicapées des équipements (y compris une cuisinière ou une machine à laver) destinés à favoriser l'autonomie. Si le principe de gratuité varie selon les régions, le coût résiduel à la charge des personnes reste tout à fait symbolique.

- **L'exemple associatif d'Uloba² en Norvège**

Uloba est une association de personnes handicapées, membre du groupement international d'associations d'utilisateurs DPI³. Le principe est que l'utilisateur gère lui-même ses besoins et est l'employeur direct des personnes qui lui procurent le service sollicité. L'objectif est de laisser les

² Independent Living Oslo, <http://www.uloba.no>.

³ Disabled People's International, dont le Gouvernement pour l'Insertion des Handicapés Physiques (GIHP) est la branche française.

personnes handicapées actrices de leur vie, responsables de leur trajectoire personnelle, et maîtres des décisions les concernant. Elles ne veulent pas être considérées comme des « malades », mais véritablement comme des personnes à part entière avec les mêmes droits, les mêmes aspirations et besoins sociaux.

Chaque membre de l'association achète une action dont le montant détermine la limite de sa responsabilité économique. Il fixe le montant de ses besoins, en terme d'heures de services. Cette évaluation est négociée, avec l'aide de l'association, auprès des services sociaux de la municipalité. Le tarif horaire est fixe et déterminé par l'association : l'administration a accepté des tarifs et des heures plus élevés que ne l'exigerait une réponse « classique ». Le montant accepté (totalement ou en partie), la personne choisit « ses » aidants, personnellement ou avec l'assistance du réseau de l'association. Elle établit avec eux les horaires, les modalités de réalisation du service, gère les aspects administratifs routiniers, les évalue. C'est en revanche l'association qui paie les aidants.

2.1.3 Des initiatives de terrain

En France, les initiatives actuelles témoignent du souci de développer le plus possible l'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire tant sur le plan du travail que sur celui de l'éducation ou du logement.

- **Au niveau du travail : CAT promotionnel « Le Pommeret »**

Ouvert en 1983, il se spécifie par une volonté affichée dans le projet d'établissement-d'insertion professionnelle. Il propose un parcours d'insertion professionnelle bien délimité dans le temps. Ce projet se matérialise à travers trois types de structure :

- Un CAT « classique » (25 places) à vocation d'évaluation et d'orientation.
- Un CAT « hors les murs » pour dix personnes accompagnées directement dans l'entreprise sans fréquentation d'un CAT « classique », avec comme objectif une intégration à court terme en milieu ordinaire (1 an).
- Un CAT promotionnel (20 places) qui vise à préparer sur une période allant de 1 à 3 ans une intégration en milieu ordinaire, au moyen notamment de détachements en entreprise.

Environ 5 à 8 travailleurs handicapés intègrent le milieu ordinaire chaque année.

- **Au niveau de l'hébergement "des handicapés vieillissants"**

Les structures spécialisées se heurtent actuellement aux problèmes du vieillissement des personnes handicapées. Une municipalité du Nord de la France propose un espace d'accueil et de

vie original : le Béguinage. Il s'agit de regrouper 16 petits logements pour personnes âgées dépendantes handicapées autour d'un pôle de services gérontologiques. L'objectif est d'apporter aux résidents un service à domicile, tout en maintenant les réseaux relationnels propres à chaque personne, afin de permettre le maintien dans la commune des personnes qui ne peuvent plus vivre seules chez elles ou dans leur famille ou dans les structures collectives. Une fédération de partenaires s'est investie dans ce projet : plusieurs communes, l'Aide à Domicile en Activités Regroupées (ADAR), un réseau de bénévoles, un organisme d'Habitations à Loyers Modérés (HLM), le service social de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), des équipes du secteur psychiatrique et les familles.

2.2 PROPOSITIONS CONCRETES D'INSERTION ET D'INTEGRATION

Les initiatives françaises actuelles replaçant la personne handicapée au centre de ses droits et devoirs en développant son accès à l'autonomie, sociale et/ou professionnelle relancent et réaffirment les velléités de désinstitutionnalisation. A l'instar de nos voisins nordiques, la volonté de limiter le plus possible la prise en charge en milieu spécialisé - sans pour autant perdre en qualité d'insertion, bien au contraire – est revendiquée et soutenue.

2.2.1 Propositions en matière d'orientation et suivi individualisé

La personne handicapée est reconnue comme sujet et l'objectif reste l'accès aux institutions et organisations sociales ordinaires. Dans ce parcours difficile, un projet individualisé doit être soutenu par des professionnels qui s'associent pour accompagner la personne handicapée dans ses démarches d'insertion et d'adaptation. Celles-ci sont évaluées et orientées vers la socialisation du sujet. Le projet de réforme de la loi de 1975 va en ce sens ; il redessine les contours du dispositif en prônant « l'utilisateur-acteur », c'est-à-dire, « idéalement », celui qui a la liberté de choisir les services qui correspondent à ses besoins.

Une telle ouverture vers le milieu ordinaire soulève de nombreux questionnements et remises en cause éthiques car elles engagent la responsabilité des professionnels dans des paradoxes liés aux notions :

- D'autonomie – protection de l'individu ;
- Insertion – intégration ;
- Apprentissage – adaptation ;
- Protection – prise de risques ;
- Organisation structurante – souple et individualisation de la prise en charge ;
- Demande du sujet – désir de l'équipe ;
- Assistance – responsabilisation.

Les commissions d'orientation instituées pour reconnaître la qualité de « handicapée » à la personne et de là les droits correspondant à sa situation, constituent un passage obligé du parcours du demandeur. L'avis des commissions d'orientation joue un rôle prépondérant dans le futur parcours scolaire, professionnel et social de la personne handicapée. C'est pourquoi, le Conseil économique et social recommande un renforcement notable des moyens accordés à ces commissions⁴. Il nous paraîtrait intéressant que la CDES puisse, comme le juge, connaître l'évolution des enfants en cours de parcours et non seulement à chaque décision d'orientation. Quant à la COTOREP, une suppression du partage en deux sections permettrait une approche globale de la personne par l'évolution conjointe de ses potentialités et incapacités.

2.2.2 Pistes de réformes des différents domaines de réinsertion de la personne handicapée

Reprenant les différents vecteurs d'insertion dégagés dans la première partie, il s'agit ici de proposer des mesures à la fois réalistes et aisées à mettre en œuvre à court terme.

- **Faciliter la scolarisation en milieu ordinaire et renforcer la formation continue**

Favoriser l'intégration en milieu scolaire ordinaire des enfants handicapés et donc permettre la mixité dès le plus jeune âge des enfants valides et handicapés est bénéfique pour les uns et pour les autres. Aux premiers, cela enseigne la solidarité et la tolérance des différences, vertus essentielles dans une société où l'on a un peu perdu l'habitude de côtoyer des handicapés trop souvent reclus en milieux spécialisés. Aux seconds, l'intégration en milieu scolaire assure de plus grandes facilités d'insertion en milieu ordinaire à l'âge adulte. En effet, après une enfance passée en établissements spécialisés, la sortie vers le monde quotidien n'en est que plus difficile.

Dans cette perspective, le Conseil économique et social recommande « la reconnaissance par la loi du *principe d'intégration* en milieu scolaire des enfants handicapés dès lors qu'elle n'est pas contraire aux intérêts de l'enfant. La loi de 1975 parlait seulement en effet de « favoriser l'intégration en milieu scolaire. »⁵ Il demande en outre à ce que priorité soit donnée à la résorption du nombre d'enfants (handicapés mentaux notamment) qui ne sont pas scolarisés faute de place dans les classes adaptées (CLIS, UPI...).

Il nous est apparu lors de nos entretiens qu'il ne faut pas perdre de vue que la meilleure intégration des enfants en milieu scolaire ordinaire reste, lorsqu'elle est possible, non pas la classe

⁴ Rapport du Conseil économique et social, « situations de handicap et cadre de vie », rapporteur : M. Vincent Assante, 20 septembre 2000, p.10

⁵ Rapport du Conseil économique et social, « situations de handicap et cadre de vie », rapporteur : M. Vincent Assante, 20 septembre 2000, p.9

spécialisée, transplantation d'un milieu spécialisé en milieu ordinaire, mais bien l'intégration individuelle de l'enfant handicapé dans une classe ordinaire. Mais cet accueil suppose que les enseignants du milieu ordinaire soient préparés et formés aux particularités de l'enfant pour permettre à la classe entière un enseignement de qualité. Une telle intégration requiert également un enseignant spécialisé pour seconder ses collègues. Les partenariats qui émergent actuellement entre les établissements spécialisés, les services d'accompagnement et les équipes pédagogiques doivent être encouragés et multipliés.

Les handicapés sont de plus en plus demandeurs de formation continue en raison de leur plus grande difficulté à effectuer une reconversion professionnelle. Les établissements spécialisés se voient donc amenés à relever le défi de trouver de nouveaux créneaux en matière d'emplois (par exemple la formation à la vente par téléphone pour les personnes présentant une déficience visuelle). Ces institutions connaissent un renversement de leur activité. Si auparavant elles avaient pour vocation de dispenser une formation de culture générale aux personnes handicapées, elles ont aujourd'hui pour mission de les préparer à un métier et à une intégration. Il est important que les pouvoirs publics accompagnent et encouragent cette évolution qui touche aussi bien les établissements que les professionnels.

- **Elargir les possibilités d'emplois**

L'assurance d'une plus grande fluidité entre le milieu de travail protégé et le milieu ordinaire passe par le développement de prises en charge innovatrices à l'instar de celles mises en œuvre par les CAT les plus dynamiques (cf supra). Pour que le milieu de travail protégé renoue avec une de ses premières vocations, à savoir constituer un tremplin vers le milieu de travail ordinaire, plusieurs mesures sont à préconiser⁶ :

- Inciter les établissements à intégrer la notion de parcours et de bilan professionnels au bénéfice de la personne handicapée,
- Promouvoir la mobilité professionnelle et géographique au sein des CAT et entre les différentes structures de travail protégé,
- Encourager la diversification des modes d'activité en CAT (CAT hors les murs, CAT sans les murs, stage, temps partiel).

En ce qui concerne ce dernier point et plus particulièrement le CAT dit « hors les murs », il s'agit de faire fonctionner de façon régulière et totalement intégrée, une section de travail spécialisé dans une entreprise ordinaire de manière à ce que les personnes handicapées côtoient quotidiennement leurs collègues valides. Le « CAT sans les murs » quant à lui s'intègre dans

⁶ Dominique Velche, « Une spécificité française, le milieu de travail protégé ? »..., p.241
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2000

l'environnement économique en offrant une prestation qui répond à la demande du marché la même manière qu'une autre entreprise du secteur.

Pour encourager l'emploi protégé en entreprise, le Conseil économique et social recommande « une meilleure articulation du système allocatif avec l'emploi par une prise en compte réelle des surcoûts occasionnés par le handicap et la possibilité de cumuler emploi et allocation selon des modalités à définir. »⁷ Cette proposition a été relayée et soutenue par tous les acteurs de terrain que nous avons rencontrés. En effet, la perte des allocations destinées à pallier les désavantages liés à une situation de handicap lors de l'entrée sur le marché du travail constitue un frein à la volonté d'intégration des personnes handicapées.

- **Favoriser l'autonomie dans la vie sociale**

Basé sur le principe même de liberté, le droit des personnes handicapées à circuler librement a trop longtemps été négligé. Au-delà de l'adaptation indispensable de l'urbanisme – gares, stations de métro ou de bus, panneaux de signalisation en braille, annonces sonores, signaux lumineux - il est possible de concevoir des véhicules adaptés aux déficiences de personnes présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental. Pourtant, il n'existe en France que deux auto écoles spécialisées dont une au centre de rééducation de Kerpape (Morbihan). D'autres services de ce type devraient être développés en France de manière à rendre plus accessible cette prestation pour diminuer les listes d'attente dans ces centres⁸. Le Conseil économique et social demande de surcroît « la définition de règles techniques à mettre en œuvre dans la construction et le choix de matériels » de ces véhicules.

Dans le cadre de la vie sociale autonome, la politique d'accessibilité exige que nul projet d'aménagement ne trouve de réalisation qui n'ait pas intégré cette question. La traitement technique n'est pas un obstacle, la volonté politique doit apporter les financements.

Dans le cadre d'un accompagnement à la vie sociale, les sports et loisirs adaptés pour les personnes handicapées sont organisés autour des mêmes outils associatifs qu'en milieu ordinaire ; la difficulté reste leur promotion.

⁷ Rapport du Conseil économique et social, « situations de handicap et cadre de vie », rapporteur : M. Vincent Assante, 20 septembre 2000, p.11

⁸ Dr Busnel « réinsertion sociale et professionnelle précoce : expérience du centre de Kerpape » dans « De la déficience à la réinsertion » JF Ravaud et autres, INSERM, 1997

« Il n'y a pas de handicap en dehors des structures sociétares » déclare R. LENOIR dans son ouvrage « Les Exclus ».

La question du handicap est inséparable de l'évolution de la société, tant vis à vis des problématiques actuelles mises en évidence, dans la présente étude, que des propositions de nouvelles pratiques d'insertion et d'intégration des personnes handicapées au sein des milieux ordinaire et spécialisé.

En effet, toute atteinte des facultés physiques, intellectuelles ou sensorielles d'un être humain constitue une entrave plus ou moins directe à sa capacité d'interagir avec son environnement, d'où le fait que les acteurs d'une politique du handicap se doivent de tenir compte des évolutions de la notion même de handicap.

Or, ce constat suscite deux interrogations : l'évolution du handicap vis à vis de l'exclusion et le choix entre la discrimination et la non-discrimination positive.

La détérioration des conditions de l'emploi et l'accroissement spectaculaire du phénomène de l'exclusion en France ont créé des facteurs de différenciation dont l'essence réside dans des destructions qu'opère le corps social et qui se traduisent par des altérations physiologiques et psychologiques de la santé des personnes concernées.

Un tel lien entre handicap et exclusion se traduit par un état de précarité sociale et de vulnérabilité médicale. C'est une accumulation de pertes : emploi, revenus, logement, liens sociaux et familiaux, lesquels sont des conditions nécessaires au maintien de la santé, et particulièrement, de l'intégrité mentale de l'individu.

Cette définition complémentaire du handicap, en privilégiant les dimensions sociales de l'approche des difficultés d'insertion et d'intégration, dénote une volonté d'inscrire au sein d'une même dimension identitaire un ensemble de populations jusqu'alors considérées distinctement sous le terme d' « inadaptés sociaux ».

« Toute inadaptation sera étiquetée " handicap " » précise H.J STIKER.

De la notion de « handicap social » se pose dès lors la question suivante : le handicap dans le futur sera-t-il traité par les institutions chargées de sa reconnaissance et de sa prise en charge de la même façon qu'aujourd'hui ?

Par ailleurs, une tradition législative a construit en France un dispositif de discrimination positive.

En conformité avec la conception anglo-saxonne du handicap, l'ONU a édicté en 1994 des règles pour l'égalisation des chances des handicapés, dont l'évolution se traduit notamment par la révision de la classification internationale des handicaps. Or, l'égalisation des chances consiste à ce que les éléments de la société soient rendus accessibles à tous et, en particulier, aux personnes handicapées, lesquelles ont dès lors à faire face à leurs propres responsabilités de membres à part entière de la société.

En découle la non-discrimination positive qui base son action sur l'environnement afin d'offrir des chances égales à tous, ceci en opposition avec la discrimination positive, laquelle base son action sur l'individu à protéger au détriment de l'environnement.

Une politique de "désinstitutionnalisation" privilégiant une non-discrimination positive doit donc s'accompagner d'une grande prudence vis à vis du risque de disparition des mesures protectrices des droits des personnes handicapées.

ANNEXES

ANNEXE I - EXEMPLES ETRANGERS

1. *L'éducation des jeunes handicapés varie très fortement d'un pays à l'autre*

Concernant l'intégration scolaire des enfants handicapés, une étude de l'UNESCO en 1993 par rapport à une précédente enquête de cette même institution, cinq ans plus tôt, montre que la quasi-totalité des pays interrogés se prononçait désormais en faveur d'un enseignement spécifique confié au ministère chargé de l'Education nationale sans pour autant nier le rôle que pouvaient jouer les ministères de la Santé et des affaires sociales.

Une enquête de l'OCDE de 1991, même si elle est un peu ancienne met en évidence les différences d'approches entre pays concernant l'accueil des enfants handicapés dans les établissements scolaires banalisés. De 0,74 % pour la Turquie à 17,08 % pour la Finlande, l'éventail est large. Notre pays avec ses 3,54 % se situerait plutôt dans la fourchette basse. Ces chiffres sont donnés avec toute la réserve nécessaire compte tenu de l'incertitude liée aux différences d'approches sémantiques et statistiques selon les pays.

En 1996, le programme " *Hélios 2* " des communautés confirmait cette disparité d'approche pédagogique : les quelques chiffres ci-dessous le confirment même si les définitions du handicap varient d'un pays à l'autre et conduisent à relativiser les résultats. Seuls les ordres de grandeur peuvent refléter la différence d'approche culturelle du phénomène.

En Autriche sur 838 529 élèves scolarisés, on compte 18 559 enfants handicapés, soit 2,17 % de l'effectif dont 2 018, soit 10,9 % sont accueillis dans des classes d'intégration.

Au Danemark sur 660 000 élèves scolarisés, on compte 80 000 enfants handicapés (soit 12 %) dont 70 000 sont accueillis dans des classes ordinaires.

Au Portugal, sur 1 359 445 enfants scolarisés, on compte 32 049 enfants handicapés intégrés dans les écoles et 7 656 accueillis en établissements spécialisés.

S'agissant de formation professionnelle des personnes handicapées, une récente enquête²⁰ conduite auprès d'associations de l'Union européenne adhérentes de la Confédération européenne pour l'emploi des handicapés, n'a pas permis de déboucher sur une comparaison, seul un inventaire des mesures mises en œuvre a pu être dégagé.

Cet inventaire a permis de mettre en évidence un large consensus sur un certain nombre de points :

- la volonté d'intégration en milieu ordinaire ; toutefois un accueil en centres spécialisés notamment pour les handicapés mentaux et sensoriels si l'accompagnement éducatif est insuffisant ou si le degré du handicap le nécessite ;

La présence d'un tuteur et d'équipes pluridisciplinaires (éducateur, médecin, psychologue...) facilitent cette démarche dans les pays du Nord de l'Europe ;

- gratuité de la formation grâce à un fonds dépendant de l'Etat ou d'une collectivité territoriale ;

- absence de rémunération des stagiaires en dehors de la France ;

- partout des structures de placement, de suivi ou de maintien dans l'emploi analogues aux nôtres.

2. Les dispositions générales en faveur de l'intégration

Si en France, la politique visant à accélérer la mise à disposition des aides techniques afin de favoriser l'intégration sociale des personnes handicapées a connu une dynamique nouvelle depuis 1998, il apparaît que plusieurs pays européens pratiquent depuis longtemps une politique active dans ce domaine.

La Suède a depuis longtemps mis en œuvre une politique publique qui repose sur l'intégration et la professionnalisation des personnes et concourt à accompagner et favoriser leur autonomie. Les aides techniques comme au Royaume-Uni, sont financièrement très accessibles, très largement diffusées auprès des personnes handicapées après avoir été testées auprès d'organismes ad hoc. Les aides à l'autonomie sont d'autant plus efficaces que la politique d'accessibilité en matière architecturale est appliquée avec beaucoup de rigueur dans ce pays.

La Finlande s'est engagée dans une politique active à l'égard des personnes handicapées, en particulier depuis 1985, date à laquelle un conseil national des personnes handicapées a été créé. Ce conseil a pour objectif d'engager une politique d'accessibilisation de la société et de définir les besoins des personnes handicapées. Dans ce pays, largement décentralisé, les personnes handicapées bénéficient des mêmes services que l'ensemble de la population, les prestations complémentaires venant couvrir les besoins particuliers. Des aides techniques gratuites sont proposées soit pour faciliter l'accès à l'éducation, soit à l'emploi soit encore à la vie sociale.

Le Danemark permet à tous les citoyens d'avoir un droit égal à la Sécurité sociale, régime qui couvre l'ensemble des besoins de la personne handicapée indépendamment de l'origine de la déficience ou de sa situation patrimoniale. L'objectif majeur est de permettre à la personne handicapée de vivre une vie aussi normale que possible et d'éviter autant que faire se peut l'institutionnalisation.

Cet objectif repose sur une compensation des incapacités dans les domaines de l'éducation, de l'emploi et de la vie sociale, grâce à un système d'aides humaines, techniques, et d'allocations visant à la meilleure intégration possible.

L'Allemagne, parallèlement à la politique d'intégration scolaire et professionnelle, mène une politique active destinée à favoriser l'accès à une vie sociale la plus large des personnes handicapées. Celle-ci se traduit notamment par une accessibilité architecturale et un accès aux aides techniques fondés sur un principe d'égalité stipulant que chacun doit bénéficier des mêmes avantages sociaux en fonction du besoin, quel que soit le régime du besoin. La prise en charge des aides techniques de toute nature est totale dès lors que celles-ci facilitent l'intégration sociale ou professionnelle.

ANNEXE II - LES EXPERIENCES INNOVANTES

1. AU NIVEAU DE L'HEBERGEMENT

L'hébergement pour handicapés s'organise en missions qui touchent à :

1/ L'accueil et l'hébergement

L'objectif est la mise à disposition des personnes handicapées un mode d'habitat adapté à leurs besoins ,leurs souhaits et ce en fonction de leurs capacités individuelles.

2/ La protection

L'objectif est la prise en compte de la fragilité ou de la déficience observée pour minimiser la prise de risque liée à l'autonomie.

3/ L'accompagnement

L'objectif est de favoriser l'épanouissement de la vie personnelle en maintenant et développant l'autonomie par un soutien de pratiques d'accompagnements diversifiées.

4/ L'insertion

L'objectif est de rapprocher les conditions d'habitat des personnes handicapées au milieu de vie ordinaire.

Ces missions sont partagées par les équipes pluridisciplinaires , les familles et leurs représentants (associations),les organismes de tutelle

A) UN EXEMPLE D'EXPERIENCE INNOVANTE : VISA CITE

Dans le département de l'Ariège le cheminement d'une équipe de l'ADAPEI traduit bien l'évolution du système institutionnel d'hébergement offert aux handicapés...

Pendant 20 ans la politique de ses équipes fut axée sur un développement quantitatif des capacités d'accueil conjugué à une forte institutionnalisation. L'élan de protection maximale caractérise la volonté de la population et des familles.

Peu à peu un désir de rénovation de ces structures vit le jour au travers d'une diversification des services et établissements ;

Dernièrement fut créé le projet **VISA CITE**.

Vivre l'Intégration Sans Attendre dans la cité propose une externalisation de l'accompagnement et assure sa mission de protection dans une dynamique d'insertion et d'intégration.

La création d'un Centre Administratif et de Prestations de Services favorise la coordination , l'accompagnement et l'hébergement de personnes adultes handicapées mentales. Des structures « classiques » telles que C.A.T Ateliers Protégés ou Centres d'hébergement sont proposés mais sont relayées par un **S.A.V.S.**

Le S.A.V.S

Le service d'accompagnement à la vie sociale préconise le principe de citoyenneté pour tous les usagers et favorisent les prises en charges individualisées avec l'évaluation des prestations dans une perspective de désinstitutionnalisation. Il est ouvert à titre expérimental par convention avec le conseil général.

Cela permet à VISA CITE s'être un lieu d'accueil et d'orientation servant de support à une équipe d'animation centrale qui travaille l'insertion auprès des clubs et associations. Constitué en réseaux où autorités locales, services publics, équipes psychiatriques, organismes tutélaire et acteurs sociaux se fédèrent en points d'ancrage et de prestations.

2. AU NIVEAU DU TRAVAIL - EXEMPLE EN MILIEU ORDINAIRE

SERVICE INAPTITUDE ET HANDICAP

MISSIONS

Le service de l'union des entreprises pour l'Ille et Vilaine soutenu par l' Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées propose deux types d'intervention :

- Le diagnostic et conseil

Il s'agit de mener des actions de conseil et de médiation à moyen ou long terme pour favoriser selon la législation de 87, le recrutement et maintien des handicapés dans l'entreprise.

Axée sur des actions ponctuelles de formation et de sensibilisation des employeurs, cette démarche peut aboutir à la mise en place de conventions ou de contrats.

Un diagnostic des besoins de l'entreprise sur l'emploi des personnes handicapées est proposé pour mettre en place des solutions adaptées.

- Le maintien dans l'emploi

L'objectif affiché est de proposer une aide au maintien dans l'emploi des salariés victimes d'un accident ou maladie.

- Le public concerné

Toute personne étant orientée par la COTOREP et faisant état du statut (dans l'ordre décroissant quantitativement) :

- *de travailleur handicapé
- *d'invalidé
- *déclaré en I.P.P.

Il s'agit essentiellement s'une population déficiente physiquement : la déficience mentale ne correspond qu'à 10% de l'activité enregistrée .

DIFFICULTES FREINS RESISTANCES

- Paradoxe de la loi de 1987

La reconnaissance de travailleur handicapée est provisoire. Pour diverses raisons (avis de la cotorep, oubli de demande de renouvellement, changement de statut ...)une personne handicapée peut perdre son statut. Si l'entreprise a fait un effort de formation d'insertion d'adaptation des postes pour l'emploi de ces handicapés, elle se retrouve souvent avec un taux d'emploi d'handicapés qui, au départ est performant c'est à dire proche des 10% et se rapporte artificiellement à 2% par exemple. Elle conserve ses employés mais devient involontairement une entreprise en décalage par rapport a la loi et considérée comme non performante en terme d'intégration. Du fait du reclassement professionnel, les entreprises actives en termes d'intégration sont pénalisées et accusent un déficit quantitatif préjudiciable? Le turn over trop important décourage à long terme une politique d'insertion continue. Elle ne perçoit plus les unités bénéficiaires malgré sa volonté de respecter la loi.

Au contraire, une entreprise peu sensibilisée et investie de cette obligation bénéficie à long terme de cette passivité. En effet , par un manque d'effort de formation , d'accueil, de réflexion sur l'emploi des handicapés mais aussi sur l'importance des bonnes conditions de travail pour éviter accidents ou maladies du travail, elle en arrive à produire des handicapés ou invalides qui vont être reconnus par la COTOREP au sein même de l'entreprise. De ce fait alors qu'aucune procédure ou politique d'intégration n'a été menée, elle totalise in quota proche des 10%, perçoit des unités bénéficiaires et est reconnue de façon valorisante.

- La haute technicité des entreprises

Certaines entreprises, volontaires pour favoriser l'insertion des handicapés ne parvient pas à proposer des postes adaptés du fait de leur haute technicité. Le niveau de compétence requis trop important limite l'accès et conduit parfois à un paradoxe : la personne handicapée employée par l'entreprise est déstabilisée par le niveau demandé et aggrave son handicap physique ou psychologique. La qualification poussée est un frein à l'insertion.

- Le nombre d'entreprises concernés

Les entreprises soumises à la loi de 87 sont celles employant au moins 20 salariés.

Or en France, 90% des entreprises ont moins de 10 salariés...ce qui pose évidemment le problème de l'offre de places. Si l'on considère que dans ces 10% certaines sont trop spécialisées ou ne jouent pas le jeu ...

- Le statut d'handicapé

Souvent la reconnaissance travailleur handicapé place dans le personne dans un contexte psychologique différent . L'handicapé revendique une place privilégiée, une réponse rapide, la société lui est redevable...il exige et s'enferme dans une attitude attentiste préjudiciable à la responsabilisation, l'insertion...

- L'entreprise comme institution néfaste

Parfois l'insertion est refusée ou peu favorisée du fait des relations humaines situées hors champ décisionnel : la direction des ressources humaines peut avoir une politique volontariste d'insertion forte et se faire contrer par des syndicats qui accusent une compétition déloyale ou par des personnels influant au niveau opérationnel (chefs d'ateliers etc qui bloquent ou témoignent d'une résistance°

LES METHODES

L'objectif est d'implanter une mentalité dans l'entreprise avec l'articulation sur des personnes ressources capables de relayer une politique d'insertion. La lutte contre les aprioris est dépendante de la conviction active qu'il faut témoigner au quotidien.

Pour ce faire la création et l'utilisation de réseaux, de centres ressources ,de partenariat reste essentielle.

Aujourd'hui on ne parle pas d'intégration mais bien d'insertion dans le sens ou le but reste de faire reconnaître une différence, de la prendre en compte.

LES PREOCCUPATIONS

Les institutions pervertissent ce pour quoi elles ont été créées. Pour différentes raisons elles génèrent du clientélisme ou l'handicapé pris en charge ne peut suivre une autre filière (cloisonnement).Les structures s'enkystent dans leurs fonctionnements et ne répondent pas à l'insertion.

Dans les entreprises un phénomène grave et majeur est en train d'être dévoilé : ils s'agit des salariés non invalides, non handicapés, dans l'emploi depuis 25ans qui s'orientent vers la maladie professionnelle du fait de leur ancienneté. (exemple lombalgies, déficiences visuelles etc).

LES REPONSES

Une politique nouvelle de désinstitutionnalisation est à mettre en place .Le travail en partenariat avec la médecine du travail, le salarié, l'entreprise sous des objectifs d'individualisation et de prévention doivent aider cette nouvelle orientation.

On peut imaginer l'utilisation de groupement d'employeurs favorisant une mobilité du salarié au sein de plusieurs entreprises dans un domaine de compétence identique mais différent dans son exécution. (contrat multitâches). La validation des acquis ,l'accès à divers postes dans une carrière non linéaire,...sont des pistes en réflexion dans de nombreux groupes professionnels.

3. AU NIVEAU DES SOINS EDUCATIFS ET DE REHABILITATION

EXEMPLE DU CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL DE VILLENEUVE D'ASCQ

PREAMBULE

Cette demande de création du C.A.T.T.P. du 7^{ème} Service Médical s'inscrit dans le droit projet de 1992. Elle est l'aboutissement logique d'un long travail de préparation :

- mise en place des unités de soins actuelles : admissions et toxicomanie / G3,
- déchronicisation - Réinsertion - Personnes âgées - Pathologies déficitaires / P5,

dont la finalité était de réinsérer le maximum de personnes (actuellement 50 % des lits sont effectivement inoccupés mais au prix d'un suivi extra hospitalier très important assuré quasi exclusivement par l'équipe du P5) par le biais de la formation continue des personnels du 7^{ème} Service et par recherche progressive d'accompagnement dans les soins de proximité.

Cet outil se veut EVOLUTIF et ADAPTE aux besoins de la population, de la situation géographique, des ressources humaines professionnelles dans leurs compétences respectives mobilisables.

Dans ce document, il se présente donc comme un point de départ basé sur la situation actuelle et sans demande de moyens humains supplémentaires.

Il doit également être un moyen de décroisement pour les patients et soignants du service dans un souci de respect des principes fondamentaux de la sectorisation :

- lutte contre l'enfermement, la promiscuité, l'immobilisme,
- favoriser l'échange, le décroisement, l'insertion dans le tissu social.

Dès lors, le C.A.T.T.P. ne peut s'imaginer que comme un moyen (et non une fin) souple, dynamique dans son fonctionnement et évolutif.

ORIENTATION GENERALE DU C.A.T.T.P.

But :

Développer le réseau sectoriel de lutte contre les maladies mentales du secteur 59G11 par la possibilité de prévention, d'accueil, de soutien au travers d'activités thérapeutiques.

Objectifs : Préventif - Accompagnement au quotidien - Réinsertion dans le tissu social.

1. Eviter l'hospitalisation par un renforcement de l'axe préventif.
2. Diminuer les temps d'hospitalisation (lutte contre la chronicité).
3. Offrir un soutien thérapeutique de proximité.
4. Permettre la réinsertion progressive des patients hospitalisés depuis très longtemps.
5. Offrir un potentiel d'activités thérapeutiques adaptées aux lieux de résidence et pathologies différentes.

Moyens (existants ou à pouvoir) :

- Moyens humains infirmiers existants (recensement des compétences) avec constitution d'une équipe de "permanents".
- Intervention des soignants par déplacement ponctuel sur le site.
- Acquisition de matériel (mobilier, matériel technique, téléphone...).
- Budget de fonctionnement (matériaux, souscriptions diverses...).
- Espaces et locaux appartenant à l'E.P.S.M. des Flandres (Albatros, C.M.P.).
- Structures et espaces municipaux.
- Un véhicule de service supplémentaire.
- Un mi-temps de secrétaire.

METHODE ET FONCTIONNEMENT DU C.A.T.T.P.

Le C.A.T.T.P. ne peut se concevoir uniquement en terme de lieux car il s'agit avant tout d'un temps mis à la disposition d'un groupe de patients (non hospitalisés) centré sur une activité thérapeutique adaptée à leurs difficultés.

Ce temps s'articule également aux lieux qui constituent d'emblée un potentiel thérapeutique. Ce lieu peut servir de repère, se vivre rassurant, sécurisant parce qu'immuable, mais il peut également être un facteur de stimulation, d'insertion, voire de réinsertion en devenant mobile et obligeant déplacement (utilisation de moyens de communication, découverte de centres géographiques, sociaux, de la cité, etc...).

Ces lieux peuvent donc se vivre comme points d'ancrage ou points d'ouverture mais gardent leurs objectifs premiers de proximité et d'insertion dans le tissu social.

C'est pourquoi l'adéquation temps / lieux et activités individuelles ou de groupes forme la base de ce projet et se traduira par une :

- diversité des lieux d'accueil,
- diversité des temps d'activité,
- diversité des intervenants,
- diversité des activités.

∅ Diversité des lieux d'accueil

Ces lieux doivent répondre aux exigences de la disparité géographique des quartiers de VILLENEUVE d'ASCQ.

Ceux-ci ont été recensés et regroupés en quatre points stratégiques :

- Quartier Babylone : où est implanté la Clinique Jean Varlet et les structures d'activités de l'Albatros,
- Quartier Annappes / Ascq / Triolo : où est implanté le C.M.P.,
- Quartier de la Cousinerie : où est implanté le Centre Social de quartier avec qui une convention d'utilisation des locaux semble réalisable (en cours de négociation).
- Quartier du Pont de Bois / Hôtel de Ville : où est implanté le Centre Social d'Hôtel de Ville avec qui une convention d'utilisation des locaux semble réalisable (en cours de négociation).

Ces quatre lieux représentent la base de départ de fonctionnement mais il reste assurément à négocier et développer un travail de partenariat avec les structures municipales et associatives de VILLENEUVE d'ASCQ.

Des contacts ont d'ores et déjà été engagés en ce sens. Ainsi positionné géographiquement, le C.A.T.T.P. répondra à la souplesse d'utilisation escomptée.

∅ Diversité des temps d'activité

D'une façon générale, les activités thérapeutiques se déroulent sur une moyenne de trois heures (2 heures par séance + un temps de préparation, rangement, compte-rendu).

Cette estimation permet d'envisager la conduite de deux activités par jour et par lieu. Cependant, dans un souci de qualité, il apparaît indispensable d'adapter l'amplitude horaire de ces activités.

Ainsi, si le C.A.T.T.P. est une indication importante pour les patients dits chroniques, il l'est également pour des personnes actives professionnellement et insérées socialement partiellement. Une ouverture en soirée ou le samedi matin paraît, de ce fait, à moyen terme, nécessaire.

"Lorsqu'une activité fonctionne trop bien, il faut l'arrêter car elle n'est plus thérapeutique".
Cela signifie qu'une activité, support relationnel, peut devenir, sans vigilance soutenue, une habitude qui perd son effet thérapeutique et peut être à l'inverse facteur de chronicité.

C'est pourquoi la diversité des activités doit permettre de répondre à ce danger dans une gestion de temps qui ne peut se concevoir comme immuable.

Ainsi, une activité peut naître, vivre et mourir, pour être remplacée par une autre activité - pour le coup - plus adaptée.

Le C.A.T.T.P. pourra s'étayer d'activités programmées dans le temps (3, 6, 9, 12 mois), renouvelable ou pas. Ceci ne remet pas forcément en cause la fixité de certaines activités dans la mesure où celles-ci se verraient fréquentées par des groupes de patients différents.

Les activités sont donc vouées à évoluer en fonction des besoins recensés, des demandes exercées, des prescriptions médicales.

Tous ces temps de C.A.T.T.P. sont envisagés comme soins, relais et tremplins vers l'accès futur aux structures sociales et culturelles de VILLENEUVE d'ASCQ.

Ces temps seront donc utilisés de façon régulière ou ponctuelle par tous types de patients encadrés par l'ensemble des soignants du 7^{ème} Service Médical.

∅ Diversité des intervenants

L'activité individuelle ou de groupe doit être "thérapeutique".

Pour ce faire, elle doit être préparée, animée et exploitée par un soignant témoignant de compétences pré requises adaptées aux objectifs thérapeutiques posés.

Tout soignant du service peut participer au C.A.T.T.P. (notamment médecins et psychologues). Sur la base du volontariat et après accord du cadre infirmier de l'unité dont ils dépendent, les soignants des unités P5 G3 Centre médico psychologique. Clinique Jean Varlet assureront de façon régulière mais ponctuelle dans le temps activités thérapeutiques à Villeneuve d'Ascq.

Les soignants pourront progressivement déplacer les activités existantes en déplaçant des activités spécifiques actuelles sur VILLENEUVE d'ASCQ pour assurer ponctuellement des temps de C.A.T.T.P. avec des patients, qui, actuellement, suivent ces groupes du fait de leur mode d'hospitalisation : hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit.

∅ Diversité des activités

La diversité est obligatoire pour offrir un potentiel adapté aux pathologies concernées par le C.A.T.T.P. Cette richesse d'activités facilitera la planification, permettra un turn-over régulier tant au niveau des soignants qu'au niveau des patients.

Certes, cela n'impose pas d'emblée la mise en place de toutes ces activités.

En fait, il y a constitution d'un panel de ressources mobilisables et utilisables en fonction d'un certain nombre de paramètres : indications thérapeutiques, locaux, disponibilité, climat, etc...

ANNEXE III - STRUCTURES ACCUEILLANT DES PERSONNES HANDICAPEES

1 LES STRUCTURES POUR ENFANTS HANDICAPES

1.1 Les organismes de prévention éducative et sociale

- Les clubs de prévention spécialisée proposent des actions ciblées sur les enfants asociaux, prédélinquants et délinquants.

- Ils sont habilités par le Conseil Général et financés par le département et la commune.

- Leurs actions de prévention de la délinquance atteignent rapidement leurs limites.

1.2 Les organismes de dépistage

Le dépistage est essentiellement assuré par la PMI à l'occasion des examens de santé prévus par la loi de décembre 1989.

Interviennent aussi le service de santé scolaire, les services sociaux et les médecins.

1.3 Les organismes de diagnostic et d'orientation

Parmi lesquels :

- ❖ les services hospitaliers spécialisés (psychiatrie infanto-juvénile et pédiatrie)
- ❖ les consultations d'hygiène mentale infantile
- ❖ les commissions mises en place par la loi de 1975 :
 - la Commission Départementale d'Education Spéciale (CDES)
 - la Commission de Circonscription de l'enseignement Pré-élémentaire et Élémentaire (CCPE)
 - la Commission de Circonscription du Second Degré (CCSD)

Ces commissions ont pour rôle de dresser le diagnostic global afin de proposer une orientation scolaire correspondant aux aptitudes et aux besoins de l'enfant.

1.4 Les organismes de prise en charge

1.4.1 Les structures relatives à la petite enfance

- ❖ Les Centres d'Action Médico-Social Précoce (CAMPS)

Ils sont issus de la loi de 1975

Leur objet : le dépistage, le traitement et la rééducation en cure ambulatoire des enfants handicapés de moins de six ans qui présentant des déficiences sensorielles, motrices ou mentales.

Missions : adaptation social et éducative dans le milieu ordinaire de l'enfant,
participation de l'enfant
guidance familiale dans les soins et l'éducation requis par l'enfant
actions préventives

Les enfants sont orientés vers le CAMPS par l'hôpital, le médecin, la PMI, l'école, les services de promotion de la santé en faveur des élèves (santé scolaire)

Les équipes de CAMPS peuvent fonctionner dans des établissements ou au domicile des patients. Ils sont placés sous la responsabilité d'un directeur, lui-même assisté d'un médecin.

Les CAMPS doivent s'assurer de la collaboration obligatoire d'un médecin spécialisé en psychiatrie et d'un médecin qualifié en psychiatrie.

Le financement est assuré par l'assurance maladie et par le département au titre de ses dépenses de PMI à hauteur de 20 %.

❖ Les Services d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce (SAFEF)

services destinés aux enfants malvoyants ou malentendants.

1.4.2 Les structures de l'Education Nationale

❖ Les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI)

Régies par la circulaire du 17 mai 1995 : mise en place au sein de certains collèges d'un dispositif d'accueil collectif.

Accueillent des adolescents de 11 à 16 ans présentant un handicap mental qui relevaient auparavant des CLIS

Effectif de 10 personnes orientation décidée par la CDES

Missions : scolarisation adaptée et développement de l'intégration sociale

Projet individualisé élaboré en concertation avec le milieu familial

Obligation d'un partenariat avec les SESSAD

❖ Les Réseaux d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficulté (RASED)

❖ Les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS)

Régies par la circulaire du 18 novembre 1991

Mission : permettre une intégration individuelle et collective en établissements scolaires

Elles accueillent des enfants atteints de tous types de handicaps : physiques, sensoriels ou mentaux. Mais elles sont différenciées selon le handicap pour offrir une scolarité la plus normale possible.

Elles sont situées dans les écoles élémentaires

Orientation vers la CLIS décidée par la CDES ou la commission de circonscription

Effectif limité à 12 enfants

Projet individualisé élaboré par des enseignants spécialisés

- ❖ Les Sections d'Education Scolaire (SES) devenue des Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA)

- ❖ Les Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté (EREA)

Etablissement public autonome offrant un encadrement éducatif plus dense que dans les collèges et une formation professionnelle plus précoce.

1.4.3 Structures d'aide au maintien ou à l'intégration en milieu scolaire

- ❖ Les Services d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile (SESSAD)

Pour les enfants handicapés moteurs ou mentaux de la naissance à 6 ans

Service autonome ou rattaché à un établissement spécialisé

Assure une prise en charge précoce pour les enfants et une guidance familiale

Support du processus d'intégration scolaire

L'équipe pluridisciplinaire (éducative, paramédicale, médicale) d'un SESSAD intervient dans les différents lieux où se trouve l'enfant : domicile, crèche ou école.

Elle articule son action avec d'autres services, notamment ceux des secteurs infanto-juvéniles, les services hospitaliers, la protection maternelle et infantile, afin que les réponses apportées aux enfants soient globales et cohérentes.

Financés par l'assurance maladie

- ❖ Services d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et de l'Intégration Scolaire (SAAAIS)

Pour les enfants déficients visuels

- ❖ Services de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire (SSEFIS)

Pour les enfants malentendants

- ❖ Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

Pour les enfants présentant des troubles scolaires nécessitant des soins sous contrôle médical

- ❖ Consultations médico-pédagogiques (CMPP)

Pour les enfants relevant des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

1.4.5 *Etablissements médico-éducatifs sous tutelle des affaires sociales*

❖ Institut médico-pédagogiques (IMP)

Enfants de 3 à 14 ans

Déficience à prédominance intellectuelle (troubles neuro-psychiatriques)

Dispense un enseignement général et pratique ainsi qu'une formation gestuelle

Préapprentissage sur les dernières années

❖ Institut médico-professionnel (IMPRO)

Souvent comme établissement de suite des IMP car même public que les IMP

Adolescents de 14 à 20 ans voire 25 ans

Enseignement général et formation professionnelle adaptée

❖ Institut médico-éducatif (IME)

Enfants de 3 à 20 ans

Déficience à prédominance intellectuelle (troubles neuro-psychiques)

Assure soins et rééducation spéciale

❖ Institut de rééducation

Enfants et adolescents ayant des troubles de comportement

Mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour permettre un déroulement normal de la scolarité

❖ Institut ou centre d'éducation sensorielle

Enfants nécessitant des techniques éducatives, pédagogiques adaptées au handicap

❖ Institut d'éducation motrice

Formation scolaire et professionnelle, sous contrôle médical, pour des enfants déficients moteurs

L'éducation Nationale aménage parfois des classes spécialisées pour ces enfants

❖ Etablissement pour enfants polyhandicapés ou déficients mentaux grave (sans scolarité)

Certains services de psychiatrie infanto-juvénile des Centres Hospitaliers spécialisés proposent un hébergement et des soins pour des mineurs gravement déficients

Certains établissements hospitaliers proposent un hébergement et des soins pour des enfants associant déficience motrice et mentale

❖ Etablissement relevant de l'aide sociale à l'enfance

Foyers ou établissements hébergeant des enfants avec des troubles du comportement ou en difficulté sociale

2 LES STRUCTURES POUR ADULTES HANDICAPES

2.1. Etablissements de travail protégé

Centre d'aide par le travail (CAT)

Structure médico-sociale qui se définit à la fois comme une structure de mise au travail (support d'une activité productive) et une structure purement médico-sociale (menant des activités de soutien).

Le CAT comporte deux budgets distincts :

- ⇒ le budget principal d'action sociale (BPAS) couvrant les dépenses des personnels d'accompagnement et de soutien (éducateurs techniques spécialisés, moniteurs d'atelier, personnel médical...), les dépenses de fonctionnement ;
- ⇒ le budget annexe de production et de commercialisation, couvrant les dépenses intéressant directement la production, la rémunération des travailleurs.

Les travailleurs handicapés sont des usagers de la structure ; le code du travail ne s'applique pas, exceptées les dispositions concernant l'hygiène et la sécurité.

Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978

Atelier protégé

*Prévu au titre des dispositions de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, loi n°75-534 (et non dans le cadre de la loi sur les institutions sociales, loi n°75-535), il s'agit d'une unité économique de production recevant des personnes handicapées qui ne relèvent pas ou plus de CAT, mais qui ne sont pas considérées comme capables de travailler en milieu ordinaire de travail. L'atelier protégé est régi par le code du travail et ne fonctionne qu'à travers le résultat de sa production (une subvention ponctuelle peut néanmoins lui être accordée lors de sa création pour couvrir une partie des investissements). L'atelier protégé peut prendre la forme d'un **Centre de distribution et de travail à domicile (CDTD)**, ou s'en adjoindre un.*

2.2. Etablissements d'hébergement

Foyer d'hébergement (annexe de CAT)

Structure médico-sociale accueillant, sans limite de durée de séjour, des personnes handicapées mentales exerçant une activité de travail dans un CAT.

Foyer occupationnel, foyer ou section d'accueil de jour, centre d'insertion par le travail et les loisirs, etc.

Structures de jour, relevant des départements, accueillant des personnes bénéficiant d'une certaine autonomie mais incapables cependant d'exercer une activité professionnelle, même dans un cadre protégé.

Foyer à double tarification (FDT)

Conçus en 1986, ils sont destinés à recevoir des personnes considérées comme dépendantes totalement ou partiellement, donc ayant besoin, souvent sinon toujours, d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne.

Maison d'accueil spécialisé (MAS)

Structure médico-sociale destinée, comme les foyers à double tarification, à des adultes gravement handicapés, dont l'autonomie est très réduite, et qui ne peuvent pas être admis ni en CAT et/ou en foyer d'hébergement ni en foyers de vie.

Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelles

Sous cette appellation se trouvent des établissements hétérogènes : certains sont spécialisés dans un domaine de pathologies et purement médicalisés, d'autres associent aux soins de l'éducation (pour les enfants) ou de la préparation à la réinsertion (pour les adultes). Ils entrent actuellement dans le champ des établissements dits de moyen séjour et relèvent d'une tarification applicable au secteur sanitaire.

2.3. Structures diverses, autour du travail, de l'hébergement

Centre de rééducation professionnelle

Structure de mise à niveau et de formation, le plus possible qualifiante, agréée par le préfet de région. On y est admis sur décision de la COTOREP (Commission départementale d'orientation et de reclassement professionnel). Relève du secteur médico-social.

Décret du 24 mars 1988

Service annexe de CAT (SACAT)

Structure accueillant des adultes handicapés ne travaillant pas plus d'un mi-temps en CAT, et assurant un soutien sous la forme d'activités.

Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), service de suite

Service suivant des adultes handicapés travaillant en CAT ou en atelier protégé et vivant en logement autonome.

En dehors des établissements, il existe maints services qui concourent à l'insertion sociale et/ou professionnelle. Nous ne pouvons pas tous les citer. En exemple, signalons les **Equipes de préparation et de reclassement (EPSR)**, créées par la loi d'orientation du 30 juin 1975 pour accompagner un certain nombre de personnes dans leur recherche d'emploi et leur maintien dans l'emploi. Devenues aujourd'hui plus proches d'autres structures, d'origine non législative celles-là mais privée, les **Organismes d'insertion et de placement (OIP)**, destinées à la recherche d'emploi et à l'aide à l'embauche des personnes handicapées. Il faut signaler aussi des services d'ergonomie pour l'aménagement du travail et maintes structures (qui jouent parfois sur plusieurs statuts) pour préparer et suivre l'insertion professionnelle, à quoi il faut encore ajouter des formules du genre clubs, groupes d'opinion, etc.

BIBLIOGRAPHIE

« A la rencontre des parents âgés ayant un adulte handicapé à domicile », Rennes, Observatoire régional de santé de Bretagne, janvier 97

Chantal ETOURNEAU « Etude quantitative du vieillissement des personnes handicapées mentales dans les établissements de l'ADAPEI d'Ille et Vilaine », Rennes, CREAIIH, juin 96.

« Rapport d'évaluation sur la politique en faveur des personnes handicapées en Ille et Vilaine », Rennes, LAPS – ENSP, janvier 1999 ;

« De la déficience à la réinsertion », Marseille, Colloque INSERM 23 et 24 janvier 1995.

« L'annonce du handicap – Comment les parents l'ont vécue » Paris, APF, juillet 1990.

Marcel CALVEZ « *les handicapés mentaux et l'intégration en milieu ordinaire : une analyse culturelle* » in « Handicap et réadaptation – Les cahiers du CTNRHI n° 51-52 », 1990.

« Une étude sur le vieillissement des adultes handicapés mentaux en établissement », Rennes, CREAIIH, mars 1997.

« Les services et établissements d'accueil pour personnes handicapées en Ille et Vilaine », Les cahiers techniques de la DAS 35, n° 86, juillet 98.

« Guide de l'insertion des personnes handicapées en Bretagne. », Rennes, AGEFIPH, 1999.

« Quelle place pour les personnes handicapées », Esprit, décembre 1999

RAVAUD J.F., DIDIER J.P., AUSILLOUX C., Ayme S. « De la déficience à la réinsertion, recherches sur les handicaps et les personnes handicapées », Paris, éd INSERM, 1997, 180p.

Jean PASCAL : "Du travail ; protégé à l'emploi en milieu ordinaire : un projet promotionnel pour l'ensemble des travailleurs handicapés" ; Mémoire Directeur d'établissement; 1999;

CANCEL Jean Marc : "Favoriser et maintenir l'insertion sociale des personnes handicapées mentales dont le rapport au travail est modifié"; Mémoire Directeur d'établissement 1999;

CASANOVA Alain : "Handicap et insertion" ;Rapport du Collège coopératif de Bretagne ; 1996;

CHAGNON Véronique : " Orientation en C.A.T par les COTOREP : qualité des décisions et comparaison des pratiques au sein de la région Poitou-Charente" ; Mémoire M.I.S 1997

DOSSIER DOCUMENTAIRE : recueil de textes sélectionnés par Mr. BRZUSTOWSKI

« A la rencontre des parents âgés ayant un adulte handicapé à domicile », Rennes, Observatoire régional de santé de Bretagne, janvier 97

Chantal ETOURNEAU « Etude quantitative du vieillissement des personnes handicapées mentales dans les établissements de l'ADAPEI d'Ille et Vilaine », Rennes, CREAIIH, juin 96.

« Rapport d'évaluation sur la politique en faveur des personnes handicapées en Ille et Vilaine », Rennes , LAPS – ENSP, janvier 1999 ;

« De la déficience à la réinsertion », Marseille, Colloque INSERM 23 et 24 janvier 1995.

« L'annonce du handicap – Comment les parents l'ont vécue » Paris, APF, juillet 1990.

Marcel CALVEZ « *les handicapés mentaux et l'intégration en milieu ordinaire : une analyse culturelle* » in « Handicap et réadaptation – Les cahiers du CTNRHI n° 51-52 », 1990.

« Une étude sur le vieillissement des adultes handicapés mentaux en établissement », Rennes, CREAIIH, mars 1997.

« Les services et établissements d'accueil pour personnes handicapées en Ille et Vilaine », Les cahiers techniques de la DAS 35, n° 86, juillet 98.

« Guide de l'insertion des personnes handicapées en Bretagne. », Rennes, AGEFIPH, 1999.

« Quelle place pour les personnes handicapées », Esprit, décembre 1999

RAVAUD J.F., DIDIER J.P., AUSILLOUX C., AYME S. « De la déficience à la réinsertion, recherches sur les handicaps et les personnes handicapées », Paris, éd INSERM, 1997, 180p.

HANDICAP ET SANTE MENTALE ETABLIR DES ZONES FRANCHES ENTRE MILIEU SPECIALISE ET ORDINAIRE

Résumé :

La persistance d'une frontière encore trop marquée entre les milieux spécialisé

et ordinaire suscite un certain nombre de problématiques et va dans le sens de la contradiction vis à vis de la direction souhaitée par ces deux milieux : l'insertion voire l'intégration des personnes handicapées.

En effet, dans le cadre d'une organisation sociale et médico-sociale comprenant notamment l'action des CDES et des COTOREP, une multiplicité d'allocations financières et une tradition structurelle d'hébergement, a été constaté un phénomène de cloisonnement des personnes handicapées, dont les conséquences préjudiciables au sein des deux milieux ont été aggravées par des logiques économiques et par la persistance de fausses perceptions à l'égard du handicap. D'une telle situation ne peut découler qu'une offre inadaptée aux besoins qualitatifs et quantitatifs des personnes handicapées.

La nécessité s'impose donc de développer la notion de "zones franches", c'est à dire de zones d'interpénétration et de complémentarité, entre les milieux ordinaire et spécialisé.

Ainsi, sur la base d'une évolution conceptuelle de la notion de handicap au sein de la société, par le biais notamment de la révision de sa classification internationale, et d'expérimentations en France et à l'étranger, de nouvelles perspectives d'insertion et d'intégration se dessinent entre les deux milieux avec une certaine tendance volontaire à la "désinstitutionnalisation" des personnes handicapées en milieu ordinaire.