



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2004

Personnes Adultes Handicapées

**PERSONNALISER LES PROCESSUS D'ÉVALUATION DES
TRAUMATISÉS CRÂNIENS POUR FAVORISER L'ÉLABORATION DE
LEUR PROJET DE VIE**

Michel FORGEAU

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - LE TRAUMATISME CRÂNIEN : "UNE ÉPIDÉMIE MÉCONNUE"	3
1.1 LE TRAUMATISME CRÂNIEN : UN HANDICAP COMPLEXE, SPÉCIFIQUE ET MULTIFACTORIEL	3
1.1.1 Un véritable " <i>problème de santé publique</i> " qui compromet le projet de vie	3
1.1.1.1 Une utilisation étendue du terme de traumatisme crânien	3
1.1.1.2 Une rupture brutale dans le parcours de vie	4
1.1.1.3 Un phénomène très fréquent qui affecte majoritairement les jeunes hommes en dynamique d'insertion socioprofessionnelle	5
1.1.1.4 " <i>On parle toujours de l'accident, on oublie souvent ce qui se passe après</i> "	6
1.1.2 Un poly-handicap souvent invisible qui ne peut se réduire aux autres catégories de handicap.....	7
1.1.2.1 Des séquelles neurologiques, motrices et sensorielles qui perturbent le fonctionnement de l'individu.....	7
1.1.2.2 Des séquelles neuropsychologiques qui s'avèrent être le principal frein à l'insertion.....	8
1.1.2.3 Des séquelles psychologiques qui altèrent le rapport du sujet à lui-même.....	10
1.1.2.4 Une limitation majeure de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne..	11
1.1.3 Un équilibre familial, social et professionnel déstabilisé.....	12
1.1.3.1 Une famille " <i>abandonnée</i> ", confrontée à un proche qui n'est ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre	12
1.1.3.2 Un environnement social réduit autour de la personne et une insertion scolaire et professionnelle compromise.....	13
1.1.3.3 Un nouveau projet de vie par défaut, mais avec quelle connaissance de soi-même ?.....	13
1.2 UNE RECONNAISSANCE OFFICIELLE RÉCENTE QUI DOIT ÊTRE CONFIRMÉE	15
1.2.1 Le rapport IGAS n° 95075 de mai 1995 reconnaît le traumatisme crânien comme une " <i>épidémie méconnue</i> " aux " <i>besoins spécifiques mal satisfaits</i> "	15
1.2.2 La Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 5 juillet 1996 permet la mise en œuvre d'établissements et de services adaptés aux traumatisés crâniens.....	16
1.2.3 L'évolution des politiques publiques en faveur des traumatisés crâniens.....	16
1.2.3.1 Sous l'impulsion du Président de la République, une mobilisation nationale en faveur des traumatisés crâniens	16

1.2.3.2	La position des associations de familles : confirmer, préciser et développer les politiques spécifiques.....	17
1.3	LA PRISE EN CHARGE DU TRAUMATISÉ CRÂNIEN : UN ACCOMPAGNEMENT À DÉVELOPPER AU-DELÀ DE L'HOSPITALISATION.....	18
1.3.1	Une prise en charge sanitaire généralement bien structurée.....	18
1.3.2	Un secteur médico-social à développer.....	18
1.3.3	Des professionnels démunis face à un handicap encore méconnu.....	19
1.4	LA NÉCESSITÉ D'ÉVALUATIONS DES SITUATIONS DE HANDICAP ADAPTÉES À LA SPÉCIFICITÉ DES SÉQUELLES POST-TRAUMATIQUES.....	20
1.4.1	Le handicap défini comme résultat de l'interaction entre (in)capacités et exigences de l'environnement.....	20
1.4.2	L'application de cette définition à la spécificité du traumatisme crânien.....	21
1.4.3	L'évaluation conçue comme processus permanent d'adaptation.....	22
1.4.4	Une situation paradoxale : des évaluations davantage souhaitées par les familles et les professionnels que par les traumatisés crâniens eux-mêmes.....	23
	CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE.....	24
2	L'ÉVALUATION DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS : DES PROGRAMMES SPÉCIFIQUES, MAIS UN "ESPOIR DEÇU" ?.....	25
2.1	LES UNITÉS D'ÉVALUATION, DE RÉ-ENTRAÎNEMENT ET D'ORIENTATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE (UEROS) : DES UNITÉS SPÉCIFIQUES POUR LES TRAUMATISÉS CRÂNIENS.....	25
2.1.1	Les missions des UEROS : Evaluation, ré-entraînement, orientation et suivi.....	25
2.1.2	Les UEROS organisées en maillage régional coordonné au niveau national.....	26
2.2	L'UEROS D'ARCEAU ANJOU.....	28
2.2.1	Arceau Anjou : un ensemble mutualiste d'établissements et de services voué à l'insertion sociale et professionnelle des traumatisés crâniens.....	28
2.2.2	L'Unité d'Évaluation d'Arceau Anjou.....	29
2.2.3	L'UCEO : une unité d'appui aux structures d'aide à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail.....	30
2.2.4	L'UEROS : une unité d'évaluation des capacités et d'élaboration de projet de vie.....	31
2.2.4.1	L'UEROS – Centre d'Orientation : des stages d'évaluation pour poser les bases d'un projet d'avenir.....	32
2.2.4.2	L'UEROS – Équipe Mobile : une évaluation à domicile, à visée d'intégration domiciliaire et environnementale.....	35

2.2.4.3	Les professionnels de l'UEROS : une équipe pluridisciplinaire pour une prise en compte globale de la personne	36
2.3	L'UEROS PROPOSE DES RÉPONSES TECHNIQUES ÉPROUVÉES MAIS ENCORE TROP RIGIDES ET À DÉVELOPPER.....	37
2.3.1	Un dispositif d'évaluation des déficiences et incapacités mais surtout des situations de handicap dans les activités de vie quotidienne	37
2.3.2	Des réponses conçues pour les traumatisés crâniens mais qui doivent évoluer pour mieux répondre à leurs spécificités.....	38
2.3.2.1	Le Centre d'Orientation est insuffisamment adapté aux caractéristiques du public qu'il accueille	39
2.3.2.1.1	<i>Des stages de douze semaines peu compatibles avec la complexité de la (ré)insertion des traumatisés crâniens.....</i>	<i>39</i>
2.3.2.1.2	<i>Un mode d'accueil non adapté aux personnes dépendantes.....</i>	<i>40</i>
2.3.2.1.3	<i>Des conditions de préparation et de suivi de stages insatisfaisantes ..</i>	<i>41</i>
2.3.2.1.4	<i>Une insuffisance de moyens pour l'élaboration et la validation de projet professionnel.....</i>	<i>42</i>
2.3.2.1.5	<i>Des modalités de financement inappropriées</i>	<i>43</i>
2.3.2.2	L'Équipe Mobile doit re-préciser ses missions pour mieux répondre aux besoins des usagers à domicile.....	43
2.3.2.2.1	<i>Une confusion entre "évaluation" et "accompagnement".....</i>	<i>43</i>
2.3.2.2.2	<i>Une articulation insuffisante entre les différents acteurs au service de la personne.....</i>	<i>44</i>
2.3.2.2.3	<i>Un manque de moyens d'évaluation des (in)capacités</i>	<i>45</i>
2.3.2.3	L'ensemble de l'UEROS manque de souplesse et de réactivité.....	45
2.4	ADAPTER LES RÉPONSES POUR PERSONNALISER LES ÉVALUATIONS.....	46
2.4.1	La loi 2002-2 renforce les droits des usagers à bénéficier de prestations individualisées.....	46
2.4.2	Les politiques publiques en faveur des traumatisés crâniens plaident pour davantage de personnalisation des prestations.....	47
2.4.2.1	Le gouvernement ré-affirme la nécessité d'un accompagnement adapté tout au long du parcours de vie	47
2.4.2.2	L'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens plébiscite une complémentarité ente UEROS et SAMSAH.....	48
2.4.2.3	Un décret de recadrage des UEROS en attente	48
2.4.3	D'une logique d'évaluation individualisée à une logique d'évaluation personnalisée.....	49
	CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....	50

3 - LA MISE EN ŒUVRE DE PROCESSUS D'ÉVALUATION PERSONNALISÉE FAVORISANT LA CONSTRUCTION DU PROJET DE VIE.....	52
3.1 RESTRUCTURATION DE L'UEROS – CENTRE D'ORIENTATION : DES PROGRAMMES MODULAIRES ET PERSONNALISÉS SELON LES BESOINS DE CHACUN.....	52
3.1.1 Assouplir le cadre organisationnel pour personnaliser les processus d'évaluation	52
3.1.2 Des stages UEROS par modules dissociés.....	53
3.1.2.1 Un "module de positionnement" comme base de toute évaluation	53
3.1.2.2 Des "modules de ré-entraînement" adaptés aux besoins personnels	54
3.1.2.3 Un "module de Préparation à la sortie" pour organiser l'avenir	56
3.1.3 Un nouvel agrément pour une capacité globale d'accueil inchangée	56
3.1.4 L'amélioration des conditions d'accueil pour recevoir les personnes dépendantes	57
3.1.5 Les ressources humaines de l'UEROS restructurée.....	58
3.1.6 La participation des professionnels de l'UEROS au processus d'adaptation de la structure.....	60
3.1.6.1 Renforcer et valoriser les rôles professionnels par la mise en œuvre d'un plan pluriannuel de formation	60
3.1.6.2 Poursuivre l'auto-évaluation de la qualité des services rendus au-delà des injonctions de la loi 2002-2.....	64
3.1.6.3 La finalisation des outils destinés à garantir l'exercice des droits des usagers.....	65
3.1.7 L'implication des usagers : un Conseil à la Vie Sociale adapté aux caractéristiques de l'UEROS	66
3.1.8 Budget prévisionnel de l'UEROS restructurée.....	67
3.2 DE L'ÉQUIPE MOBILE À UN SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL POUR PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES	68
3.2.1 Redéfinir les missions et le cadre réglementaire de l'Équipe Mobile pour mieux répondre aux besoins des usagers.....	68
3.2.2 La mutualisation des missions et moyens humains de l'UEROS – Équipe Mobile et du SAVS d'Arceau Anjou au service du SAMSAH	69
3.2.3 La création du SAMSAH d'Arceau Anjou : accompagner l'utilisateur mais aussi son entourage.....	70
3.2.3.1 Les missions du SAMSAH	71
3.2.3.2 Les ressources humaines du SAMSAH	72
3.3 UNE RÉORGANISATION DE L'UNITÉ D'ÉVALUATION D'ARCEAU ANJOU	75

3.3.1 Des missions étendues : évaluer et accompagner l'insertion sociale et professionnelle.....	75
3.3.2 La programmation de la mise en œuvre du projet	76
3.3.3 L'apport de l'Unité d'Évaluation aux autres établissements et services d'Arceau Anjou.....	77
3.3.3.1 L'UEROS au service de l'évaluation des usagers des autres établissements et services d'Arceau Anjou.	77
3.3.3.2 L'intervention de l'UCEO pour favoriser l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des travailleurs handicapés du CAT et de l'AP.	78
3.4 LE RENFORCEMENT FONCTIONNEL DE LA FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS	78
3.4.1 Des conventions de partenariat avec les structures sanitaires.....	79
3.4.2 Renforcer les liens avec les structures d'aide à l'insertion sociale et professionnelle.....	80
3.4.3 Créer de réelles conditions de travail partenarial avec les Associations de Familles de Traumatisés Crâniens.....	81
CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE.....	81
CONCLUSION PROVISOIRE.....	83
Annexe 1 : Glasgow Outcome Scale.....	90
Annexe 2 : Liste nationale des UEROS.....	91
Annexe 3 : Évolution d'Arceau Anjou	92
Annexe 4 : Prestations de l'UCEO.....	93
Annexe 6 : Rapport d'activités 2003 de l'UEROS d'Arceau Anjou.....	97
Annexe 7 : Fonctions des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de l'UEROS	101
Annexe 8 : Population des autres établissements et service d'Arceau Anjou	102
Annexe 9 : Formations effectuées pas les professionnels de l'UEROS depuis 2001	103
Annexe 10 : Questionnaire de fin de stage UEROS	104
Annexe 11 : Budget prévisionnel de l'UEROS restructurée.....	107
Annexe 12 : Cadre réglementaire et missions des SAMSAH	111
Annexe 13 : Budget Prévisionnel du SAMSAH	112

Liste des sigles utilisés

Agefiph : Association pour la gestion des fonds pour l'insertion des personnes handicapées

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi

AP : Atelier Protégé

CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou de service d'intervention Sociale

CAJ : Centre d'Activités de Jour

CAT : Centre d'Aide par le Travail

CDES : Comité Départemental d'Éducation Spécialisée

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CNASEA : Centre National pour l'Aménagement des Structures des Exploitations Agricoles

CoTOReP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

CPO : Centre de Pré-Orientation

CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDTEFP : Direction Départemental du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

DIF : Droit Individuel à la Formation

DDSS : Direction du Développement Social et de la Solidarité

ETP : Équivalent Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FH : Foyer d'Hébergement

FO : Foyer Occupationnel

GOIF : Groupe Opérationnel Inter-Fédéral

GOS : Glasgow Outcome Scale

GSI : Groupe Stratégique Inter-fédéral

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IME : Institut Médico-Éducatif

INSEE : Institut National de la Statistique et de Études Économiques

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

MfAM : Mutualité française Anjou-Mayenne

RJT : Résidence de Jeunes Travailleurs

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie sociale

SESSAD : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile

UCEO : Unité de Conseils, d'Évaluation et d'Orientation

UE : Unité d'Évaluation

UEROS : Unité d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle

UIP : Unité d'Insertion Professionnelle

UIS : Unité d'Insertion Sociale

UNAFTC : Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens

VRS : Valorisation des Rôles Sociaux

"Le pacte démocratique, tel qu'il s'ébauche dans la conception moderne des handicaps, est fait de cette pluralité d'êtres différents et de vies différentes qui nous appellent depuis leur désir d'être reconnus, et de la reconnaissance desquels nous constituons nous-mêmes notre humanité. A ne pas vouloir entendre cet appel à la reconnaissance des autres et de l'autre en nous, nous ne faisons pas que les exclure de l'humanité, nous nous en excluons nous-mêmes."

Julia Kristeva¹

¹ KRISTEVA J. *Lettre au président de la République sur les citoyens en situation de handicap, à l'usage de ceux qui le sont et de ceux qui ne le sont pas*. Paris : Fayard, 2003. 96 p.

INTRODUCTION

Il est 02h17, dans la nuit du samedi 10 au dimanche 11 juillet 2004 et la vie de Christophe F., 19 ans, va brusquement basculer, au bout d'une longue ligne droite. Que s'est-il vraiment passé : vitesse, alcool, somnolence ? Clément R., qui conduisait la voiture, en a perdu le contrôle et s'est tué sur le coup. Plongé dans un coma profond, Christophe est rapidement secouru et un poly-traumatisme avec un traumatisme crânien grave est diagnostiqué. Commence alors, pour Christophe et sa famille, un long, un très long cheminement, de la réanimation à la neurochirurgie, de la neurologie à la rééducation fonctionnelle, avant le retour tant attendu au domicile. C'est à ce moment là que face aux nombreuses séquelles de cet accident, la question de l'avenir de Christophe se posera. Pourra-t-il reprendre ses études, travailler, vivre un jour, seul ? Autant de questions que les traumatisés crâniens et leurs familles vont nous poser, lorsqu'à bout de solutions, ils vont s'adresser aux rares structures médico-sociales, spécialisées dans la prise en charge de leur réinsertion sociale et professionnelle.

Les histoires comme celle de Christophe sont nombreuses et se ressemblent toutes un peu : il y a la vie d'avant, que le souvenir embellit et il y a la vie d'après, que les séquelles font vivre comme un véritable parcours du combattant.

Depuis trois ans, je suis responsable de l'Unité d'Évaluation d'Arceau Anjou, structure située à Angers (49) et constituée d'un ensemble d'établissements et de services destinés à aider les traumatisés crâniens dans leur réinsertion. L'Unité d'Évaluation a pour vocation de mettre en œuvre des programmes d'évaluation et de conseils à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail.

Le Directeur Général d'Arceau Anjou assure la direction des Unités d'Insertion Professionnelle, d'Insertion Sociale et d'Évaluation. Dans le cadre du développement de cette dernière unité au cours des dernières années, mes fonctions de chef de service ont été progressivement élargies pour recouvrir aujourd'hui la responsabilité générale de l'unité : organisation, évaluation et développement des actions menées, gestion budgétaire et des ressources humaines. Cette situation s'inscrit comme une étape préparatoire à la création d'un poste de directeur de l'Unité d'Évaluation. C'est à ce titre que je fais partie du Comité de Direction d'Arceau Anjou. C'est donc dans cette position que j'aborde ce mémoire.

Il m'a semblé indispensable, dans la première partie de ce travail, de décrire tout d'abord, les caractéristiques de cette population, encore méconnue du grand public mais aussi de nombreux professionnels qui sont amenés à accompagner des traumatisés crâniens dans les différents services sociaux et médico-sociaux. La reconnaissance officielle de la spécificité des situations de handicaps liées à un traumatisme crânien date de 1995. Je

présenterai l'évolution des politiques publiques en faveur de cette population et montrerai en quoi l'élaboration d'un nouveau projet de vie nécessite que ces personnes puissent disposer d'évaluations spécifiques, réellement adaptées à la particularité des séquelles post-traumatiques.

Dans la seconde partie, je décrirai le cadre réglementaire des Unités d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS), structures spécifiquement dévolues à l'évaluation et l'élaboration de projet de réinsertion des traumatisés crâniens. Je présenterai l'UEROS d'Arceau Anjou, dans ses deux composantes, le Centre d'Orientation et l'Équipe Mobile, puis j'en analyserai le fonctionnement, afin de montrer que si cette unité présente de réels atouts, elle doit évoluer dans son organisation pour s'adapter encore davantage aux besoins des usagers qu'elle reçoit. Cette réflexion interrogera plus particulièrement les missions de l'UEROS, entre évaluation et accompagnement, ses conditions d'accueil, aujourd'hui inadaptées aux traumatisés crâniens dépendants et sa capacité à mettre en œuvre des programmes d'évaluation réellement personnalisés, afin de répondre à la fois aux doléances de chaque personne accueillie, mais aussi aux orientations fixées par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

La troisième partie de ce mémoire sera consacrée au projet de restructuration que j'entends mener au niveau de l'Unité d'Évaluation : Ré-organisation du Centre d'Orientation, redéfinition des missions de l'Équipe Mobile, dans la perspective de création d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapés (SAMSAH).

Afin de mener à bien ce projet, je propose de développer une stratégie globale basée sur trois principaux axes : la participation des usagers (par le biais de la finalisation des outils préconisés par la loi 2002-2, destinés à garantir l'exercice de leurs droits), la participation des professionnels de l'unité (par la poursuite de l'auto-évaluation de la qualité des services rendus et la valorisation des rôles professionnels) et le renforcement fonctionnel de la filière sanitaire et médico-sociale de prise en charge des traumatisés crâniens.

1 - LE TRAUMATISME CRÂNIEN : "UNE ÉPIDÉMIE MÉCONNUE"²

1.1 LE TRAUMATISME CRÂNIEN : UN HANDICAP COMPLEXE, SPÉCIFIQUE ET MULTIFACTORIEL

1.1.1 Un véritable "*problème de santé publique*" qui compromet le projet de vie

Le traumatisme crânien est désormais reconnu comme un véritable "*problème de santé publique*"³, parce que, du traumatisme lui-même à la réinsertion socioprofessionnelle de la personne qui en a été victime, il va mettre en jeu une multitude de facteurs (médicaux, psychologiques, sociaux) et d'acteurs (de la prise en charge initiale à la réinsertion), interrogeant les moyens institutionnels, techniques et humains mis à la disposition des personnes et de leurs proches pour leur permettre de poursuivre leur parcours de vie dans les meilleures conditions possibles.

1.1.1.1 Une utilisation étendue du terme de traumatisme crânien

Le traumatisme crânien se caractérise⁴ par une atteinte cérébrale ou bulbaire, responsable d'une destruction ou d'un dysfonctionnement du tissu cérébral, du fait d'un contact brusque du cerveau avec la boîte crânienne, d'une fracture ouverte ou d'un objet pénétrant. On parlera donc de traumatisme crânien lorsque le cerveau aura été secoué ou frappé, directement ou indirectement, de sorte que les cellules nerveuses (les neurones) seront détruites ou ne fonctionneront plus normalement.

Le plus souvent, le traumatisme crânien est associé à une perte plus ou moins importante de l'état de conscience, pouvant aller de la simple confusion au coma. La gravité du traumatisme crânien sera d'autant plus importante que ce coma sera profond et prolongé, selon la nature et/ou la localisation des lésions cérébrales.

Le traumatisme crânien représente 80 % des cas de lésions cérébrales acquises. Bien d'autres affections du système nerveux central sont également à l'origine d'une perturbation du fonctionnement du cerveau : accidents vasculaires cérébraux, anoxies

² Dans l'ensemble du texte de ce mémoire, les citations reprises *in extenso*, sont présentées entre guillemets et en caractères italiques.

³ DARTIGUES J.F., MAURETTE P., MASSON F. et al. (1993). Évolution à 5 ans d'une cohorte de traumatisés crâniens en Aquitaine. *Réadaptation*, 1993, n°383, pp. 7-8.

⁴ SICHEZ J.P. et FAILLOT T. *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Paris : Frisson-Roche, 1995. Physiopathologie des traumatismes crâniens graves, pp.3-11.

cérébrales⁵, tumeurs. Toutes ces pathologies ont en commun que le cerveau va être perturbé dans son fonctionnement de façon généralement radicale et permanente.

Pour simplifier, le terme "traumatisme crânien" sera utilisé tout au long de ce mémoire pour désigner l'ensemble de ces "accidents" responsables de **lésions cérébrales acquises**.

1.1.1.2 Une rupture brutale dans le parcours de vie

Du fait de son origine, le traumatisme crânien est inattendu, brusque et destructeur. Il s'impose dans l'histoire d'un sujet qui jusqu'alors connaissait un développement normal. Les lésions cérébrales qui lui font suite vont profondément remettre en cause l'équilibre corporel, psychologique, cognitif et social de la personne, modifier radicalement son propre rapport au monde et réduire, en général massivement, ses capacités d'adaptation aux exigences de son environnement. Comme le résume Blaise⁶, *"du jour au lendemain, les règles du jeu sont bousculées. Ce qu'il pouvait faire, il ne le peut plus, ce qu'il savait faire, il ne le sait plus, ce qu'il aimait faire, il ne l'aime plus. ... Il est en deuil d'une partie de lui-même. Il y a rupture de son parcours de vie. Il n'est plus "comme avant". Il ne vit plus que dans le trouble"*. Cette rupture dans le parcours de vie peut être illustrée par quelques exemples :

Monsieur Fabien C. a été victime d'un traumatisme crânien par accident de la voie publique à l'âge de 17 ans. Il était à l'époque apprenti cuisinier et vivait chez ses parents. Aujourd'hui âgé de 22 ans, il bénéficie de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) attribuée par la CoTOReP⁷, travaille en Atelier Protégé et vit en Résidence de Jeunes Travailleurs.

Monsieur Bertrand L. avait 27 ans au moment de son traumatisme crânien, également par accident de la voie publique. Il était horloger depuis 10 ans et vivait seul en logement indépendant. Actuellement âgé de 45 ans, il vit chez ses parents et n'a pu reprendre aucune activité professionnelle.

Mademoiselle Linda L. a été victime d'une anoxie cérébrale par strangulation, à l'âge de 25 ans. Elle vivait alors maritalement et avait 2 enfants. Titulaire d'une RQTH, elle travaille désormais en Centre d'Aide par le Travail, vit en Résidence de Jeunes Travailleurs et voit ses enfants en moyenne deux demi-journées par mois.

Monsieur Patrick R. avait 35 ans lorsqu'il est victime d'un Accident Vasculaire Cérébral. Plombier chauffagiste depuis l'âge de 16 ans, il est marié et père de 3 enfants. Il a

⁵ Diminution ou arrêt de l'oxygénation du cerveau

⁶ BLAISE J.L. Traumatisme crânien : blessure sociale. *Les Cahiers du CTNERHI*, Juillet-Décembre 1997, n° 75-76, pp. 5-20.

⁷ Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.

aujourd'hui 41 ans, vit toujours en famille, mais ne pouvant reprendre son ancien travail, il recherche un emploi à temps partiel, sans projet professionnel précis.

1.1.1.3 Un phénomène très fréquent qui affecte majoritairement les jeunes hommes en dynamique d'insertion socioprofessionnelle

Si l'on ne dispose pas d'étude épidémiologique précise⁸, on admet en général que l'incidence totale du traumatisme crânien en France est d'environ 281/100 000 habitants. Globalement, on dénombre chaque année, environ 160 000 personnes hospitalisées pour un traumatisme crânien et 80 000 victimes d'un traumatisme crânien sévère. Parmi ces dernières, 3 000 décéderont du fait de complications secondaires et 4 000 resteront à jamais lourdement handicapées et dépendantes d'une tierce personne pour assumer l'essentiel de leurs actes de vie quotidienne. Le nombre des traumatisés graves vivant en situation de handicap dans notre pays est donc en constante augmentation et, à ce jour, il est estimé à 100 000 sur l'ensemble de l'hexagone⁹.

À distance du traumatisme, sa gravité en terme de séquelles est évaluée en regard des critères de classification de l'échelle de suivi de Glasgow GOS¹⁰ (annexe 1).

Les traumatismes crâniens, au sens propre du terme, sont dus, dans 60 % des cas, à des accidents de la voie publique (voitures pour 48%, motocyclettes ou scooters pour 17%, bicyclettes pour 17% et piétons pour 18%). Même si l'actualité récente témoigne d'une réduction de ces accidents (9,7% de diminution des accidents l'an dernier et 6,2% de tués en moins selon l'INSEE¹¹), il y a eu, en 2002, 105 470 accidents de la circulation en France, qui ont fait 7 242 tués et 137 839 blessés dont 24 091 gravement.

Les autres causes de traumatismes crâniens sont les chutes, dans 25% des situations (en particulier chez les enfants et les personnes âgées ou par accidents du travail), puis les accidents de vie domestique, de sport ou par agressions (15% des cas).

Première cause de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans, le traumatisme crânien affecte très majoritairement les hommes à 70 %.

Le profil type du traumatisé crânien est donc un jeune homme de moins de 30 ans, victime d'un accident de la voie publique. À ce moment de leur vie, ces personnes sont pour la plupart en voie d'insertion socioprofessionnelle. Pour beaucoup, elles n'ont pas encore

⁸ La seule étude d'envergure réalisée en France à ce jour l'a été par l'Observatoire Régionale de Santé d'Aquitaine en 1986 sur 2,7 millions d'habitants, soit 4,9 % de la population française de l'époque.

⁹ BARUCQ J. L'UNAFTC et les traumatisés crâniens. *Réadaptation*, Décembre 2002, n° 495, pp. 7-9.

¹⁰ JENNETT B. et BOND M. Assesment of outcome after severe brain damage. *Lancet*, 1975, n° 1, pp. 480-484.

¹¹ Référence du site Internet de l'INSEE : www.insee.fr

acquis leur indépendance par rapport à leur milieu familial, ou l'ont depuis peu, que ce soit par l'accès à un emploi ou à un logement indépendant. Ainsi, comme l'a montré Onillon¹², de nombreux traumatisés crâniens se trouvent aujourd'hui davantage dans une dynamique d'insertion à proprement parler que de réinsertion, parce que pour la plupart, ils n'étaient pas totalement indépendants avant leur traumatisme.

Pour ce qui concerne les autres pathologies responsables de lésions cérébrales acquises, on dispose également de peu de chiffres officiels. Ceci étant, selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé¹³ (ANAES) en 2002, on estime qu'en France, les accidents vasculaires cérébraux représentaient la troisième cause de mortalité et la première cause de handicap non traumatique de l'adulte. Selon l'ANAES, on a dénombré en 1999, 169 843 accidents vasculaires cérébraux dans notre pays, dont un tiers à l'origine d'un handicap sévère. Si ces accidents se retrouvent principalement chez les personnes âgées, ils concernent malgré tout des personnes de moins de 60 ans dans 25 % des cas. On estime qu'environ 250 000 personnes vivent aujourd'hui avec des séquelles tout aussi invalidantes que les traumatisés crâniens.

1.1.1.4 " On parle toujours de l'accident, on oublie souvent ce qui se passe après"

Cette affirmation de Talbott (citée par Lebeau¹⁴), illustre le fait que c'est effectivement avant tout de l'accident dont on parle, avec tout ce qu'il peut avoir de traumatisant pour la personne et pour son entourage. L'annonce de l'accident, les premières prises en charges à l'hôpital (urgences, réanimation, neurochirurgie, neurologie), puis au Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle sont des périodes d'intenses émotions au cours desquelles vont alterner, chez le blessé et sa famille, des sentiments d'effroi, d'angoisse, d'espoir, de désillusion, de renonciation. Après le soulagement du moment tant attendu du réveil du coma (souvent décrit par les proches comme une "re-naissance"), la récupération des fonctions vitales, les progrès physiques vont être à l'origine d'un énorme espoir de retour à une vie normale.

Mais, après quelques semaines ou quelques mois, ces progrès vont hélas mettre à jour des difficultés inattendues des fonctions dites supérieures : des troubles du langage, de la concentration, de la mémoire, du raisonnement, du comportement, de la conscience

¹² ONILLON M. *Un accompagnement spécifique en CAT pour favoriser l'insertion socioprofessionnelle des jeunes traumatisés crâniens*. Mémoire CAFDES : ENSP Rennes, 1998. 82 p.

¹³ AGENCE NATIONALE D'ACCRÉDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'Accidents Vasculaires Cérébraux : aspects médicaux*. Saint Denis La plaine : ANAES, Septembre 2002. 127 p.

¹⁴ LEBEAU H.J. *Rapport d'enquête sur les traumatisés crâniens*. IGAS, rapport n° 90075 : Paris, mai 1995. 91p.

même de déficiences. Ces troubles, dits neuropsychologiques¹⁵, sont alors à l'origine d'un second traumatisme, psychologique celui là, parce que progressivement, les proches vont se rendre compte de leur importance et parce que, au fur et à mesure de l'hospitalisation, l'équipe médicale va préparer l'entourage au fait que ces séquelles seront pour certaines très probablement durables voire définitives et qu'en tout état de cause, elles risquent d'être invalidantes dans la vie quotidienne.

Ainsi, les séquelles du traumatisme crânien vont apparaître à la famille sous leur caractère définitif, alors même que la personne qui en est victime ne sera pas forcément, elle, capable de s'en rendre compte, du fait justement de l'étendue de ces troubles neuropsychologiques. Une telle prise de conscience ne serait d'ailleurs sans doute guère compatible avec les considérables efforts et l'immense motivation, nécessaires à la rééducation : comment s'impliquer dans un programme de rééducation si l'on n'a pas l'espoir de récupérer ses capacités initiales ?

1.1.2 Un poly-handicap souvent invisible qui ne peut se réduire aux autres catégories de handicap

Le traumatisme crânien est le plus souvent à l'origine d'un "poly-handicap" associant, à des degrés divers, des séquelles physiques, neuropsychologiques et psychologiques, mais aussi familiales, sociales et professionnelles.

1.1.2.1 Des séquelles neurologiques, motrices et sensorielles qui perturbent le fonctionnement de l'individu

Les séquelles neurologiques vont pouvoir s'exprimer, par exemple, sous forme de maux de tête, d'étourdissements ou d'épilepsie. Ces troubles, pas ou peu repérables par les non-spécialistes, vont être, malgré tout, très invalidants dans les activités de vie quotidienne, entraînant une importante fatigabilité, une perte de l'autonomie, une limitation des capacités d'intégration sociale.

Les séquelles motrices, lorsqu'elles existent, s'expriment sous forme de paralysie unilatérale complète (hémiplégie) ou partielle (hémiparésie), de troubles de l'équilibre, d'une incoordination des gestes, de tremblements, d'une diminution de la force. Ces troubles limitent les capacités d'utilisation des membres, les possibilités de déplacement, l'habileté dans les gestes usuels de la vie quotidienne ou entraînent des risques de chutes.

¹⁵ "La neuropsychologie étudie les désordres des fonctions supérieures produits par les altérations du cerveau". BARBIZET J. et DUIZABO P. *Neuropsychologie*. Paris : Masson Abrégés, Paris 1980. 184p.

Les séquelles sensorielles peuvent affecter les capacités visuelles (cécité totale ou partielle, diplopie, réduction plus ou moins importante du champ visuel, ...), auditives (souvent partielles mais entraînant une fréquente intolérance au bruit, des bourdonnements) ou olfactives (perte totale ou partielle du goût, de l'odorat). L'ensemble de ces troubles va réduire les possibilités d'échange et de communication de la personne avec son environnement. On peut également retrouver des pertes plus ou moins importantes de la sensibilité (superficielle ou profonde) avec des risques de blessures ou de brûlures, de perte de sensibilité au toucher, au chaud ou au froid, à la douleur.

1.1.2.2 Des séquelles neuropsychologiques qui s'avèrent être le principal frein à l'insertion

Si elles ne sont pas, de prime abord, les plus visibles, les séquelles neuropsychologiques sont généralement les plus invalidantes¹⁶. En effet, la quasi-totalité des rapports que l'homme entretient avec ses semblables et son environnement s'effectue par l'utilisation des capacités cognitives comme le langage, la gestualité, la concentration, le raisonnement, les capacités à résoudre la multitude de problèmes de la vie quotidienne. Ces fonctions cognitives, mises en œuvre progressivement au cours du développement de l'individu vont être profondément et durablement perturbées par les lésions traumatiques.

Les troubles du langage et de la communication sont fréquents¹⁷, sous forme d'aphasie (d'expression ou de compréhension), de dysarthrie, de difficultés de compréhension orale ou écrite, de désorganisation du discours. Ils sont souvent à l'origine d'un repli sur soi, du fait de difficultés à communiquer par la parole ou l'écriture.

Les troubles de la mémoire représentent la plainte la plus fréquemment évoquée. Ils sont présents à distance du traumatisme dans environ 50% des cas¹⁸, avec une perte des acquis antérieurs, des difficultés à fixer de nouvelles informations, à traiter ou réutiliser des souvenirs récents, à acquérir de nouveaux apprentissages. Ils affectent la mémoire à court, à moyen ou à long terme, perturbant les relations que la personne peut entretenir avec son histoire passée, la perception de son présent et avec la construction de son avenir.

De fréquents troubles attentionnels vont s'exprimer sous forme d'une nette réduction de la concentration, d'une flexibilité de la pensée. Ils rendent difficile le maintien de la

¹⁶ PETIT H., WIART L., DESTAILLATS J.M. et al. *La réinsertion socio-professionnelle des personnes handicapées*. Paris : Masson, 1994. Réinsertion professionnelle des traumatisés crâniocéphaliques, pp. 221-226.

¹⁷ BASSO A. *Neuropsychologie des traumatismes crâniens grave de l'adulte*. Paris : Frison Roche. Aphasie post-traumatique : aspects cliniques et évolution, pp. 25-32.

¹⁸ GIROIRE J.M., MAZAUX J.M. et BARAT, M. *Neuropsychologie de la mémoire humaine*. Grenoble : PUG, 1991. Les troubles de mémoire des traumatisés crâniens, pp. 67-87.

concentration sur des périodes prolongées, entraînent une importante sensibilité aux interférences¹⁹ et renforcent la fatigabilité.

De façon générale, l'efficacité intellectuelle globale est altérée, du fait d'une réduction ou d'une perte des capacités d'abstraction, du raisonnement logique ou de la structuration de la pensée.

On rencontre également d'importants troubles de l'initiative et des difficultés décrites sous le terme de syndrome frontal ou syndrome dysexécutif²⁰. Ces anomalies "frontales" peuvent se retrouver au niveau du langage, de la gestualité, de la mémoire, de l'activité intellectuelle ou du comportement²¹, sous forme de difficultés pour planifier ou programmer les activités, les inscrire dans une prospective, pour faire des choix et maintenir certaines stratégies, pour inhiber les interférences ou mettre en œuvre une démarche cohérente en fonction d'un objectif déterminé et de consignes imposées. **Parce qu'ils compromettent de façon majeure les capacités d'adaptation de la personne aux activités non routinières, nouvelles et complexes de la vie quotidienne, ces troubles dysexécutifs sont considérés comme étant les plus invalidants dans la réinsertion des traumatisés crâniens.**

Enfin, le traumatisme crânien se caractérise par la survenue souvent incontrôlable de troubles du comportement liés à un défaut de prise de conscience des troubles et/ou à un déni psychologique des séquelles personnelles et sociales du traumatisme. Ces troubles s'expriment par une réduction du contrôle émotionnel, des attitudes excessives, des comportements asociaux, un défaut d'autocritique, une agressivité verbale ou physique ou au contraire, une limitation majeure de toute activité. Du fait de leur caractère souvent imprévisible, ils limitent de façon très importante les rapports de la personne avec son environnement personnel, social ou professionnel.

Parmi ces troubles du comportement, le plus déconcertant, surtout pour l'entourage, est très certainement l'anosognosie, définie par Prigatano²², en trois niveaux : la non-conscience des troubles eux-mêmes, la non-identification de leurs conséquences et le défaut de conscience de soi. Ainsi, **l'un des paradoxes du traumatisme crânien est que la**

¹⁹ ALLAIN P, FORGEAU M., ZIED KEFI M, et al. Evaluation des troubles attentionnels chez des traumatisés crâniens sévères : intérêt d'une adaptation francophone du "Test of Everyday Attention". *Revue de Neuropsychologie*, 2002, Vol. 12, n° 3, pp. 410-435.

²⁰ LE GALL D., JOSEPH P.A. et TRUELLE J.L. Le syndrome frontal post-traumatique : lésions frontales et troubles psycho-comportementaux secondaires aux traumatismes crânio-cérébraux. *Neuro-Psy*, 1987, Vol. 12, n° 4, pp. 257-265.

²¹ BOTEZ M.I. *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. 2^{ème} Ed.. Paris : Presses de l'Université de Montréal, Masson, 1996. Le syndrome frontal, pp. 169-196.

²² PRIGATANO G.P. *Frontal lobe function and dysfunction*. New-York : Oxford University Press, 1991. The relationship of frontal lobe damage to diminished awareness, pp. 381-397.

personne qui en est victime est souvent la moins capable de pouvoir en apprécier les séquelles et leurs implications dans la vie quotidienne .

Selon Azouvi²³, ce sont bien ces désordres neuropsychologiques qui se révèlent être le principal frein à la réinsertion des traumatisés crâniens, en même temps qu'ils sont les plus difficiles à mettre en évidence.

1.1.2.3 Des séquelles psychologiques qui altèrent le rapport du sujet à lui-même

Les séquelles psychologiques sont quasi systématiques du fait de la rupture de vie engendrée par le traumatisme crânien²⁴. En effet, ce dernier interrompt brutalement la construction identitaire du sujet qui, d'un coup, perd ses repères personnels et sociaux. **Parce que, généralement, il n'y aura pas récupération totale des capacités antérieures, il faudra donc reconstruire un projet de vie par défaut.** Ces troubles vont pouvoir s'exprimer sous forme d'atteinte identitaire, de labilité émotionnelle, d'anxiété, de réactions dépressives ou de désordres névrotiques voire psychotiques. Ils sont également souvent à l'origine d'un changement de l'image de soi, d'une exacerbation des traits de personnalité antérieure et d'un repli sur soi.

Au final, c'est donc parce qu'il est à l'origine de séquelles moins physiques que davantage neuropsychologiques et psychologiques, invalidantes mais extérieurement peu repérables, que le traumatisme crânien est souvent décrit comme un **handicap invisible**.

Par ailleurs, bien qu'un certain nombre de symptômes fassent assimiler les séquelles d'un traumatisme crânien aux handicaps moteurs (hémipariés, troubles de la marche), aux pathologies psychiatriques (troubles du comportement, de la pensée, du discours) aux déficiences intellectuelles (troubles de la mémoire, réduction des capacités intellectuelles) ou aux déficiences sensorielles (troubles visuels ou auditifs), la personne victime d'un traumatisme crânien ne relève d'aucune de ces trois catégories. Sacks (cité par Blaise)²⁵ écrit à propos d'une de ses malades qu'elle est "*invalidée, mais d'une invalidité dont la nature n'est pas claire – car, après tout, elle n'est ni aveugle, ni paralysée, elle n'a rien d'évident -, on a tendance à la traiter comme une simulatrice ou une folle. Tel est le sort de ceux dont les sens cachés sont déréglés.*"

²³ AZOUVI P. *Les traumatismes crâniens : de la prise en charge médicale à l'accompagnement social*. APF Formation. Paris : APF, 1998. Evaluation des séquelles des traumatismes crâniens : le bilan neuropsychologique, pp 79 – 84.

²⁴ DUMOND J.J. et FAYOL P. L'aventure traumatique *L'information psychiatrique*, 9, novembre 1997, n° 73, pp. 911-914.

²⁵ BLAISE J.L. Traumatisme crânien : blessure sociale. *Les Cahiers du CTNERHI*, Juillet–Décembre 1997, n° 75-76, pp. 5-20.

C'est bien là, l'un des problèmes des traumatisés crâniens, dans la représentation qu'ils se font d'eux-mêmes et dans celle que l'on peut se faire d'eux. Ils ne sont pas le "handicapé physique" qui circule en fauteuil roulant, ils ne sont pas le "fou" qui fait peur, ils ne sont pas le "débile" sur lequel on s'apitoie, ils craignent d'être considérés comme un peu tous à la fois, tout en se vivant comme n'en étant aucun. Ainsi, parce que les conséquences du traumatisme crânien restent difficiles à comprendre, il est donc essentiel qu'elles soient expliquées, à la victime elle-même, bien sûr, mais également à son entourage familial et social, afin que la personne puisse être reconnue dans sa réelle spécificité.

1.1.2.4 Une limitation majeure de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne

L'ensemble des difficultés post-traumatiques va considérablement perturber les possibilités d'actions de la personne qui en est affectée. L'étude de Masson²⁶ sur la prévalence des incapacités, cinq ans après le traumatisme crânien, met en évidence (tableau 1) la fréquence des séquelles motrices et intellectuelles de ces blessés dans les actes de la vie quotidienne, ceci en comparaison des accidentés victimes de lésions des membres inférieurs.

Incapacités à 5 ans	Se laver	S'habiller	Aller à l'extérieur	Utiliser un transport public	Conduire	Ecrire une lettre	Remplir un formulaire
Lésions membres inférieurs	6,2 %	4,5 %	0	3,1 %	6,2 %	0	0
TC sévères	37 %	22,2 %	44,4 %	29,6 %	37 %	44,4 %	59,3 %

TC : Traumatismes crâniens sévères (coma de plus de six heures)

Tableau 1 : Prévalence des incapacités cinq ans après un traumatisme crânien.

Cette étude montre que si la représentation que l'on peut avoir du handicap en général, amène à penser que le handicap physique est le plus invalidant, le traumatisme crânien, même s'il est souvent invisible est en fait beaucoup plus limitatif pour l'autonomie des personnes dans leur vie sociale et professionnelle : ces limites étant essentiellement

²⁶ MASSON F. Prévalence des incapacités après traumatisme crânien : étude d'une cohorte épidémiologique vue 5 ans après l'accident. *Brain injury*, 1996, n° 10, pp. 487-497

d'ordre neuropsychologique, ce qui, on l'a vu, est difficilement compréhensible pour les non initiés.

1.1.3 Un équilibre familial, social et professionnel déstabilisé

Le traumatisme crânien est donc à l'origine d'un handicap complexe, spécifique et multi-factoriel aux répercussions personnelles, relationnelles, familiales, sociales, scolaires ou professionnelles. C'est tout l'équilibre et la qualité de vie de la personne qui sont ainsi remis en cause²⁷.

1.1.3.1 Une famille "abandonnée", confrontée à un proche qui n'est ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre

Après la période de rééducation fonctionnelle et par manque de structures médico-sociales adaptées, la famille se retrouve souvent seule à prendre en charge un proche qui du fait de ses troubles séquellaires (physiques mais surtout neuropsychologiques), a considérablement changé dans ses capacités, son comportement, sa façon de remplir son rôle familial. Si en apparence, le traumatisé crânien est resté le même, il ne peut plus assumer ce qu'il faisait auparavant, il est devenu dépendant pour de nombreuses activités quotidiennes, il accepte difficilement sa situation et l'exprime par un comportement souvent agressif.

La période du retour à domicile est l'occasion, pour les proches, de réellement prendre conscience de l'étendue des troubles post-traumatiques. De nouvelles questions se posent : incompréhension des troubles, désœuvrement, méconnaissance des réponses à apporter et des services pouvant être sollicités. La famille, elle-même traumatisée au niveau psychologique et dans la dynamique de sa propre vie, va connaître alors, un fort sentiment d'isolement, se trouvant "abandonnée"²⁸ par rapport à la période de prise en charge très structurée de l'hospitalisation. Confrontée à des difficultés qu'elle ne comprend pas et face auxquelles elle est généralement dépourvue de solutions, elle va rapidement ne plus quitter la maison, pour des raisons de surveillance, d'autoprotection. Elle pourra en nourrir une forte culpabilité, un rapide découragement, une attente d'aide qu'elle finit par ne plus solliciter par

²⁷ JOSEPH P.A., LE GALL D., AUBIN G. et al. *Évaluation de la qualité de vie*. Paris : Masson, 1993. Évaluation de la qualité de vie par les traumatisés crâniens et par leur entourage, pp. 189-194.

²⁸ CAZALS M.C. *Les traumatismes crâniens : de la prise en charge médicale à l'accompagnement social*. APF Formation. Paris : APF, 1998. La famille confrontée aux séquelles du traumatisme crânien ou comment raconter l'indicible ? pp. 113 – 118.

crainte du regard extérieur, par peur d'avouer sa propre impuissance. Ces familles doivent être aidées pour permettre d'optimiser les perspectives de réinsertion des blessés.

1.1.3.2 Un environnement social réduit autour de la personne et une insertion scolaire et professionnelle compromise

Du fait de l'étendue de ses troubles, le lien social du traumatisé crânien va rapidement et massivement se réduire autour de la famille la plus proche. Peu à peu, les amis, les relations prennent de la distance par rapport à quelqu'un qu'ils ne comprennent plus du fait de ses séquelles ou qui fait peur à cause de ses troubles du comportement. Cette distanciation du réseau relationnel antérieur s'accompagne généralement d'une quasi-impossibilité à accéder aux activités culturelles, sportives, de loisirs.

Le traumatisme crânien éloigne également la personne de son école, de sa formation ou de son travail pour une longue période. En terme de scolarité, environ un tiers seulement des enfants gravement blessés va retourner dans le milieu scolaire ordinaire, que ce soit avec ou sans soutien spécifique²⁹. En terme d'emploi, si 70 % des traumatisés crâniens légers retrouvent un emploi, ils ne sont que 35 % en cas de traumatismes sévères³⁰ et ceci, en général, au prix d'un déclassement professionnel et d'une importante fragilité d'emploi, puisque 27 % de ces personnes perdront leur travail à cause de leurs séquelles, dans les deux à cinq ans suivant le retour à l'emploi³¹.

Ainsi, pour beaucoup, la reprise des activités antérieures sera impossible et il faudra envisager une reconversion scolaire ou professionnelle, généralement à un niveau moindre qu'avant le traumatisme.

1.1.3.3 Un nouveau projet de vie par défaut, mais avec quelle connaissance de soi-même ?

Parce que le plus souvent, il n'y aura pas de récupération totale des capacités antérieures au traumatisme, **l'après traumatisme crânien ne sera donc jamais plus**

²⁹ CARPENTIER A. *Les traumatismes crâniens : de la prise en charge médicale à l'accompagnement social*. APF Formation. Paris : APF, 1998. Spécificités des traumatismes crâniens graves chez l'enfant : difficultés de l'évaluation et du pronostic, pp. 95-99.

³⁰ PETIT H., WIART L., DESTAILLATS J.M. et al. *La réinsertion socio-professionnelle des personnes handicapées*. Paris : Masson, 1994. Réinsertion professionnelle des traumatisés cranio-encéphaliques, pp. 221-226.

³¹ SALLA J.Y., DUMOND J.J., DUDOGNON P. et al. *Traumatisme crânien grave et médecine de rééducation*. Paris : Masson, 1991. Devenir à 10 ans d'une série de 63 patients considérés "bons résultats", pp. 301-307.

comme l'avant, c'est par défaut et très progressivement qu'il faudra construire un nouveau projet de vie .

Une étude interne aux établissements et services d'Arceau Anjou, réalisée en 1996 (non publiée) auprès de 90 personnes ayant bénéficié d'une évaluation en vue d'une orientation socioprofessionnelle, a montré que plus de 10 % des personnes accueillies l'ont été plus de 10 ans après leur accident. Au-delà de la distance entre ce dernier et la prise en charge par une structure médico-sociale spécialisée, le plus marquant est que pendant cette période, ces personnes étaient dans une suite de tentatives d'insertions, dominées par des répétitions d'échecs qui ne leur ont pas permis de retrouver une situation stable. L'analyse de leurs parcours montre très clairement qu'elles ont connu depuis leur traumatisme, des évolutions chaotiques, composées d'essais de reprise d'un travail ou d'une formation, de périodes de chômage ou de maladie, de stages divers de re-dynamisation personnelle ou de recherche d'emploi, de périodes de totale inactivité ou de contact avec le milieu de travail protégé.

Trop souvent, la réinsertion des traumatisés crâniens est marquée par une succession d'échecs et de ruptures, parce que la spécificité de leurs séquelles n'est pas prise en compte au moment de l'accès à une situation nouvelle : manque d'évaluation, projet trop ambitieux, difficultés d'évolution professionnelle.

L'enjeu essentiel pour le traumatisé crânien est donc de se construire un nouveau projet de vie, retrouver un sens à son existence et une place dans la société. Mais du fait de la particularité de ses séquelles, le traumatisme crânien interroge profondément la notion même de projet.

Si l'on se réfère à l'étymologie latine du terme, "*projicere*" qui signifie "jeter en avant", le projet, tel qu'il est défini dans le Dictionnaire critique d'Action sociale³², trouve ses racines dans le passé de la personne, mais en tirant surtout son sens dans sa situation présente et la façon dont elle la vit, pour se projeter dans le futur.

Mais, comme le rappelle Danancier³³, le projet requiert des capacités intellectuelles (pour pouvoir confronter des hypothèses, anticiper de façon formelle leurs conséquences) et un certain aboutissement psychologique. Or, le traumatisé crânien présente des séquelles telles, que le rapport qu'il entretient avec son passé et l'appréhension qu'il a de son présent sont très souvent perturbés. Ces troubles cognitifs modifient la perception de sa propre réalité, il sur-valorise sa situation d'avant l'accident, ne prend pas en compte ses séquelles

³² BARREYRE JY, BOUQUET B, CHANTRE A et al. *Dictionnaire critique d'Action Sociale*. Paris : Bayard Editions, 1995. 437p.

³³ DANANCIER J. *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*. Paris : Dunod, 1999. Chapitre 1, Les déterminants du projet, pp. 5-15.

pour analyser sa nouvelle situation et ne peut en tirer les éléments qui lui permettront de se projeter dans l'avenir de façon adaptée.

Alors que le traumatisé crânien n'a de cesse de vouloir s'inscrire dans un nouveau projet, il se trouve, paradoxalement, très souvent dépourvu des moyens cognitifs et psychologiques indispensables qui lui permettraient d'atteindre son objectif.

1.2 UNE RECONNAISSANCE OFFICIELLE RÉCENTE QUI DOIT ÊTRE CONFIRMÉE

1.2.1 Le rapport IGAS n° 95075 de mai 1995 reconnaît le traumatisme crânien comme une "épidémie méconnue" aux "besoins spécifiques mal satisfaits"

A la demande du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, au début de l'année 1995, l'IGAS publie le rapport n° 95075 "Rapport d'enquête sur les traumatisés crâniens"³⁴ qui fait état de la situation de ces blessés en France et avance des propositions pour améliorer leur prise en charge. Ce rapport, dit "Rapport Lebeau" du nom de son auteur, constitue le premier texte qui reconnaît officiellement la spécificité du handicap par traumatisme crânien. Il décrit ce dernier comme "*une épidémie méconnue*", à l'origine d'un handicap singulier, au niveau des déficiences et incapacités qu'il occasionne, mais aussi des conséquences familiales, sociales et professionnelles qui en résultent : "*La population des traumatisés crâniens est insuffisamment connue. Il y a plusieurs raisons à cette situation : le faible nombre d'études épidémiologiques systématiques, le caractère discret des blessures par rapport au côté plus spectaculaire de l'accident et surtout la difficulté de percevoir la spécificité du traumatisme crânien par rapport à d'autres formes de handicap et d'incapacités*".

Puis le rapport insiste sur le fait que "*la spécificité du handicap issu du traumatisme crânien résulte de cette complexité qui combine des séquelles graves dans de nombreux domaines. ... Le handicap cérébral d'origine traumatique est une forme spécifique de polyhandicap*". Ainsi, "*les traumatisés crâniens ont des besoins particuliers en termes de prise en charge, de services et d'équipements*". Le rapport insiste alors sur l'importance de l'évaluation (des déficiences, incapacités, ...) et de l'indemnisation financière des blessés, des besoins de prise en charge adaptée, puis il rappelle le manque d'équipements spécifiques.

³⁴ LEBEAU H.J. *Rapport d'enquête sur les traumatisés crâniens*. IGAS, rapport n° 95075 : Paris, mai 1995. 91p.

Ce rapport formule un certain nombre de "*propositions pour une politique en faveur des traumatisés crâniens*" : (1) développer des études épidémiologiques, (2) améliorer la prise en charge des victimes et l'aide aux familles, (3) perfectionner les procédures d'évaluation, d'expertise et d'indemnisation, (4) améliorer le dispositif d'orientation et de suivi, (5) faciliter l'intégration sociale et (6) favoriser la réinsertion professionnelle.

1.2.2 La Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 5 juillet 1996 permet la mise en œuvre d'établissements et de services adaptés aux traumatisés crâniens

Traduction concrète du "Rapport Lebeau, la Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 5 juillet 1996, relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes victimes d'un traumatisme crânien, précise que les principales insuffisances en matière de prises en charge de ces personnes sont "*la faible articulation entre le versant sanitaire et le versant social et médico-social, la quasi-inexistence de structures d'évaluation, de ré-entraînement et d'orientation socioprofessionnelle et le peu de structures médico-sociales réellement adaptées*".

Cette circulaire incite à la mise en place de structures spécifiques, favorisant l'insertion sociale et professionnelle des traumatisés crâniens, dans le cadre de dispositifs régionaux coordonnés, élaborés de 1996 à 2000. elle dégage une enveloppe annuelle de 50 millions de Francs de crédits de l'assurance maladie pour la création prioritaire des Unités d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle (UEROS) pour adultes et de Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) pour enfants.

1.2.3 L'évolution des politiques publiques en faveur des traumatisés crâniens

1.2.3.1 Sous l'impulsion du Président de la République, une mobilisation nationale en faveur des traumatisés crâniens

Le 14 juillet 2003, le Président de la République, J. Chirac, annonce qu'il entend faire de l'insertion des personnes handicapées l'un de ses "*trois grands chantiers*", précisant qu'il nous faut "*revoir les fondements mêmes de notre politique, en passant d'un système d'aides uniformes à une logique qui prenne pleinement en compte les besoins particuliers de chaque cas individuel*". Dans le cadre de ces orientations, le Président de la République réserve une place toute particulière aux handicaps rares et lourds : les autistes, les poly-handicapés et les traumatisés crâniens. Ces derniers sont également fortement concernés par l'une des autres priorités de J. Chirac : la lutte contre la violence routière.

Par ailleurs, le 6 avril 2004, M.A. Montchamp, Secrétaire d'État aux personnes handicapées rappelle, dans son discours de Clôture du colloque "Prise en charge des traumatisés crâniens et blessés médullaires par violence routière", que l'effort engagé de 1996 à 2003 doit être amplifié en 2004 et les prochaines années. Pour la Secrétaire d'État, si les accidents de la route sont généralement perçus à travers le nombre de morts et de blessés qu'ils infligent, leurs conséquences sur la vie de ceux qui survivent et de leurs proches sont encore trop laissées dans l'ombre, notamment dans ce qu'elles ont de plus grave : les séquelles du traumatisme crânien. Sous l'impulsion de la DGAS, les éléments d'un nouveau plan d'actions à la fois réaliste et ambitieux sont proposés : (1) mieux connaître le devenir des personnes cérébro-lésées, mais aussi l'offre de services d'accueil et d'accompagnement et (2) assurer une meilleure orientation des personnes et leur suivi dans le temps, et créer les conditions de leur insertion sociale et professionnelle, pour alléger la charge des familles.

M.A. Montchamp met également l'accent sur les besoins de développer des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale permettant de soutenir une personne dans sa vie quotidienne, dans ses démarches d'insertion sociale ou son projet professionnel, et ainsi de l'aider dans la reconquête de son autonomie et de sa participation à la vie en famille et en société : un décret est annoncé donnant à ces services l'assise juridique qui leur manque en créant leur forme médicalisée, les Services d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapés. Enfin, la Secrétaire d'État rappelle que le Gouvernement a annoncé le 28 janvier 2004 un plan pour les personnes traumatisées crâniennes, qui doit comporter outre la création de places en établissements et services, la réalisation d'enquêtes épidémiologiques et l'organisation de réseaux locaux de prise en charge.

1.2.3.2 La position des associations de familles : confirmer, préciser et développer les politiques spécifiques

Lors de l'Assemblée Générale de l'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens (UNAFTC), les 19 et 20 mars 2004, J. Barucq³⁵, son Président a fixé les priorités des associations de familles pour améliorer les dispositifs médico-sociaux en faveur des traumatisés crâniens : (1) indispensable mise en réseau des acteurs sanitaires et médico-sociaux, (2) précision du statut et des missions des Unités Expérimentales d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation sociale et professionnelle (UEROS), (3)

³⁵ Propos de J. Barucq, président de l'UNAFTC, rapportés dans le compte-rendu du rapport moral de l'Assemblée Générale de l'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens tenue à Marseille les 19 et 20 mars 2004.

développement d'établissements et services spécifiques et (4) développement de Centres de Ressources.

Le Président de l'UNAFTC rappelle que la circulaire n° 33 du 30 janvier 2004 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2004 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, fixe des priorités pour accroître le nombre de places en établissements pour les personnes lourdement handicapées (notamment les traumatisés crâniens) et réduire les disparités excessives d'équipement entre les régions et les départements.

1.3 LA PRISE EN CHARGE DU TRAUMATISÉ CRÂNIEN : UN ACCOMPAGNEMENT À DÉVELOPPER AU-DELÀ DE L'HOSPITALISATION

1.3.1 Une prise en charge sanitaire généralement bien structurée

Les progrès récents de la médecine d'urgence, de la réanimation, de la neurochirurgie, de la neuro-orthopédie, etc., mais aussi ceux de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle permettent une meilleure prise en charge initiale des blessés. De façon générale, la prise en charge médicale est aujourd'hui bien structurée et les liens entre les différents services se font de telle sorte que le blessé et son entourage sont bien entourés. Même si les relations entre les familles et les équipes soignantes ne sont pas toujours très simples, du fait de la confrontation entre la technicité médicale et l'affectivité des proches, la survie du patient (du coma à la rééducation) est préservée et tous les moyens techniques et humains mobilisables sont mis au service de la personne qui est donc surveillée, protégée, entourée, au point parfois de n'être plus "sujet" mais "objet" de tous les soins.

Ainsi, si l'on survit aujourd'hui beaucoup mieux à un traumatisme crânien, c'est malheureusement souvent avec d'importantes séquelles invalidantes et la question de la réinsertion sociale et professionnelle reste très difficile : l'aide à apporter aux victimes dans ce domaine doit encore faire des progrès, tant au niveau quantitatif que qualitatif.

1.3.2 Un secteur médico-social à développer

Longtemps inexistante, la prise en charge médico-sociale des traumatisés crâniens a réellement débuté, il y a une vingtaine d'années, comme le rappelle le "Rapport Lebeau", avec la mise en œuvre de programmes expérimentaux, notamment dans le Grand-Ouest de la France, à Rennes, Angers et Bordeaux, avec la création de quelques Centres d'Aide par le Travail, Centres d'Activités de Jours et Foyers Occupationnels.

Il faut attendre les Circulaires DAS/DE/DSS n° 96-428 du 5 juillet 1996 et DAS n° 98-13 du 12 janvier 1998 relative à l'organisation du second appel d'offre ouvrant droit à la création de places médico-sociales nouvelles pour personnes cérébro-lésées principalement à la suite d'un traumatisme crânien³⁶, pour que des crédits ciblés soient mobilisés, qui aident à combler un certain retard et à mieux structurer ces prises en charge.

Ainsi, entre 1996 et 2000, trois enveloppes spécifiques de 7,62 millions d'euros chacune, permettent la création de 417 places en UEROS, 151 places de prise en charge à domicile par des équipes mobiles et 569 en structures médico-sociales : IME, SESSAD, MAS, FAM. Le plan pluriannuel de créations de places pour adultes lourdement handicapés (1999-2003) et le plan triennal 2001-2003 en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés permettent la création de 895 places et en 2002, une enveloppe supplémentaire permet le financement de 109 places nouvelles.

Malgré ces créations et compte tenu de l'importance et de la spécificité de la population des traumatisés crâniens, les besoins des victimes et de leurs familles ne sont pas encore suffisamment couverts.

1.3.3 Des professionnels démunis face à un handicap encore méconnu

Malgré quelques programmes de formations universitaires ou continues spécifiques, une littérature spécialisée en développement et la diffusion d'informations "grand public", la plupart des professionnels qui travaillent auprès des traumatisés crâniens n'ont pas une connaissance suffisante des caractéristiques de cette population, en particulier des séquelles neuropsychologiques et psychologiques et de la façon de prendre en charge les troubles cognitifs et les problèmes de comportement.

Si ceci est vrai pour ceux qui travaillent au quotidien auprès de ces personnes, cela l'est encore davantage pour les professionnels qui sont amenés à travailler de façon ponctuelle avec elles (médecins traitants, cabinets infirmiers, services d'aide à domicile, services sociaux, etc.) qui n'ont, en général, aucune formation, ni information en la matière. Or, une prise en charge adaptée des personnes victimes de traumatismes crâniens, nécessite un minimum de connaissances de cette problématique : les troubles, leurs expressions dans la vie quotidienne, les moyens de les combler et la façon de se comporter.

³⁶ Cette seconde circulaire consacrée à la prise en charge médico-sociale des traumatisés crâniens complète la première en dégageant une seconde enveloppe financière de 50 millions de francs pour la création de places spécifiques.

1.4 LA NÉCESSITÉ D'ÉVALUATIONS DES SITUATIONS DE HANDICAP ADAPTÉES À LA SPÉCIFICITÉ DES SÉQUELLES POST-TRAUMATIQUES

1.4.1 Le handicap défini comme résultat de l'interaction entre (in)capacités et exigences de l'environnement

La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001, réactualise la Classification Internationale des Handicaps (CIH) de 1980 qui positionnait le concept de handicap selon trois plans d'expériences : déficiences – incapacités – désavantages³⁷. La CIF insiste sur la dimension sociale du handicap qui y est définie comme le résultat de l'interaction entre la personne et son environnement. A la structure tridimensionnelle de la CIH est ajoutée la dimension environnementale qui permet d'apprécier l'influence de l'environnement (caractéristiques, contraintes, ...) sur l'état fonctionnel de la personne et sa participation sociale, en termes positifs (facilitateurs) ou négatifs (obstacles). Un tel modèle peut être illustré par le schéma conceptuel de processus de production du handicap (figure 1) développé par Fougeyrollas³⁸.

Cette approche interactive favorise l'appréciation des situations de handicap en distinguant plus clairement ce qui relève des difficultés propres à la personne, de celles causées par l'environnement. Cela permet d'évaluer plus adéquatement les besoins des personnes handicapées, de mieux individualiser leur projet et d'adapter un programme d'aide propre à chacun.

Une telle démarche de projet personnalisé vise à développer l'autonomie et à faciliter l'intégration sociale des personnes présentant des besoins spécifiques, selon leurs déficiences, leurs incapacités, leurs handicaps ou certaines situations personnelles particulières³⁹. Inspiré du concept de Valorisation des Rôles Sociaux (VRS), développé par Wolfensberger⁴⁰, cette approche s'actualise autour de quatre aspects principaux : (1) la connaissance des personnes et de leurs besoins, (2) la valorisation de leur image sociale,

³⁷ BARRAL C. et ROUSSEL P. De la CIH à la CIF. Le processus de révision. *Handicap : revue de sciences humaines et sociales*, Avril-Septembre 2002, n° 94-95, pp. 1-23.

³⁸ FOUGEYROLLAS P. Pour un projet de santé individualisé. Paris : Association GRAVIR et Laboratoire GREC-Université Paris 13, 1999. Les déterminants environnementaux de la participation sociale des personnes ayant des incapacités : le défi socio-politique de la révision de la CIDIH, pp. 53-67.

³⁹ PELLETIER J. *Projet individualisé et Evaluation*. Genève : Éditions des Deux Continents, 2002. La démarche de projet individualisé : Perspectives d'un nord-américain averti, pp. 97-109.

⁴⁰ WOLFENBERGER W. *La Valorisation des rôles sociaux : Introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*. Traduction et adaptation A. DUPONT, V. KELLER-REVAZ, J.P. NICOLETTI et L. VANEY. Genève : Éditions des Deux Continents, 1991. 107p.

(3) la compensation pour leurs déficiences, en réduisant leurs incapacités, enfin (4) leur intégration et valorisation sociale.

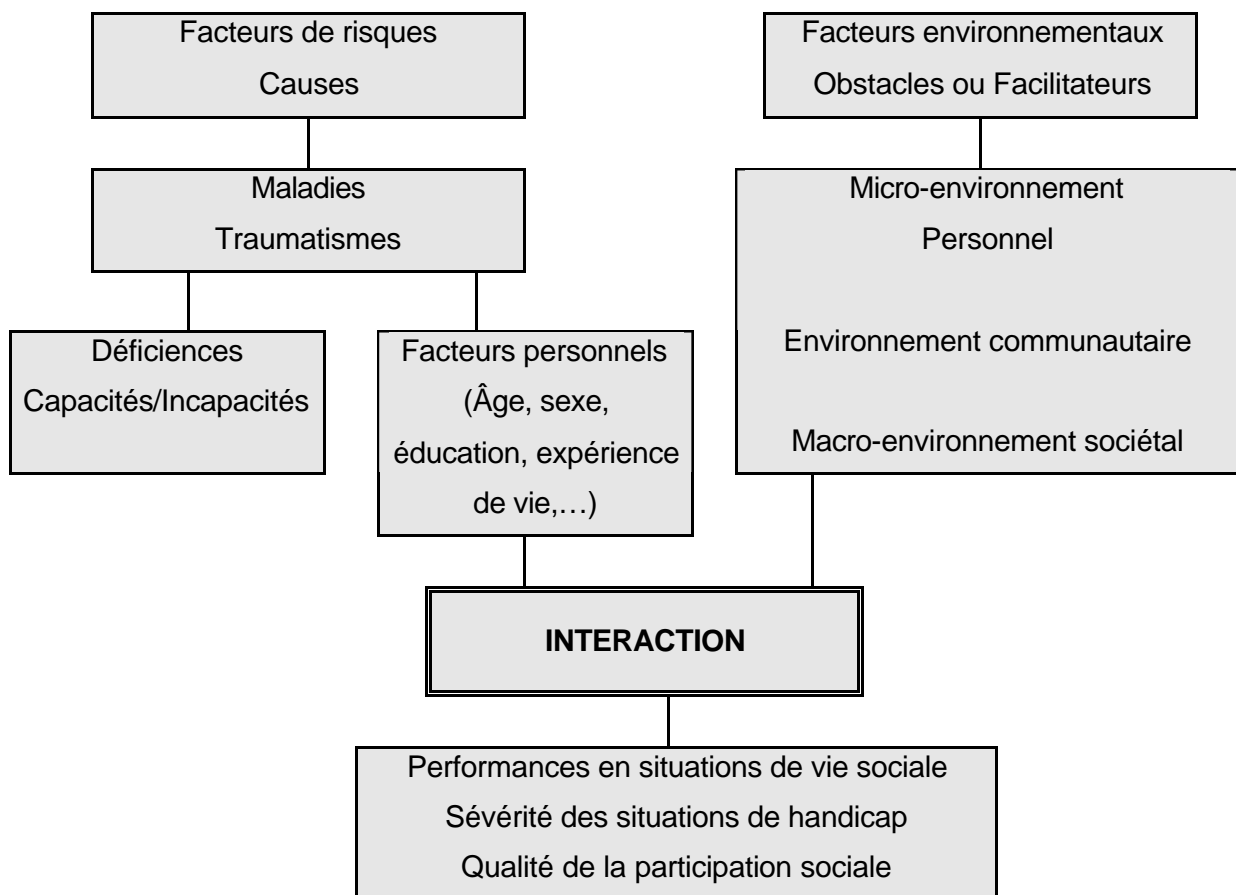


Figure 1 : Schéma conceptuel de processus de production du handicap selon Fougeyrollas.

La démarche de construction de projet personnalisé à visée de ré(intégration) repose donc sur six facteurs de réussite : (1) se fonder sur la Valorisation des Rôles Sociaux, (2) éviter toute prise en charge standardisée, au profit d'une démarche individualisée basée sur les demandes et besoins des personnes et de leur entourage, (3) se doter des structures de défenses des droits et de promotion des besoins des personnes, (4) baser toute action sur une approche pluridisciplinaire, (5) former les intervenants et les proches des personnes et (6) Instaurer une cellule d'évaluation des pratiques.

1.4.2 L'application de cette définition à la spécificité du traumatisme crânien

On l'a vu, l'une des principales séquelles d'un traumatisme crânien est la présence de difficultés neuropsychologiques compromettant l'adaptation aux situations nouvelles ou complexes de l'environnement. A chaque fois que celui-ci change de façon significative, la personne peut donc ne plus trouver les moyens (cognitifs et comportementaux) de s'adapter

à ce changement. Son insertion est alors compromise, par création de nouvelles situations de handicap.

Il convient donc de ré-évaluer le décalage entre les (in)capacités de la personne et les exigences de ce nouvel environnement, les raisons de ce décalage et les besoins de compensations, en les reliant aux éléments d'interprétation neuropsychologique propres à chacun. Aux dispositifs habituels d'évaluation qui, selon Crépeau⁴¹ ne renseignent pas suffisamment sur le fonctionnement de la personne dans les activités de vie quotidienne, doit être associée une évaluation écologique⁴² qui renvoie à la façon dont se comporte la personne dans sa vie quotidienne : l'important n'étant plus seulement les capacités en elles-mêmes, mais leurs expressions dans le milieu naturel.

Réduire les situations de handicap des traumatisés crâniens passe donc par la mise en œuvre d'un projet de réinsertion à chaque fois personnalisée qui repose sur une évaluation approfondie des facteurs personnels et une analyse aussi exhaustive que possible des facteurs environnementaux. Cette analyse doit également inclure les besoins de l'entourage de la personne (sa famille ou les organismes, structures et professionnels qui l'entourent) qui manque de connaissances des particularités du traumatisme crânien et qui a besoin de conseils, d'informations voire de formations spécifiques pour adapter ses actions de soutien.

La réussite du projet de réinsertion des traumatisés crâniens paraît donc conditionnée à une évaluation des troubles "ici et maintenant, au moment où l'on se trouve et pas avant ou après, dans la mesure où il faut prendre en compte les caractéristiques de l'environnement du blessé là où il se trouve"⁴³.

1.4.3 L'évaluation conçue comme processus permanent d'adaptation

De telles évaluations devraient pouvoir être effectuées chaque fois que les capacités de la personne ne lui permettent plus de répondre efficacement aux exigences de son milieu de vie. Parce que les aspects à évaluer sont divers (la personne, son environnement, l'interaction entre les deux) une approche pluri-professionnelle est nécessaire pour mesurer les écarts à combler entre les (in)capacités de la personne et les contraintes de son environnement.

⁴¹ CREPEAU F. *Neuropsychologique*. Montréal : Décarie, 1997. De la validité écologique en neuropsychologie, pp. 49-97.

⁴² BRUNSWICK E. Representative design and probabilistic theory in a functional psychology. *Psychological Review*, 1955, Vol. 62, n° 3, pp. 193-217.

⁴³ TRUELLE J.L. *Les traumatismes crâniens : de la prise en charge médicale à l'accompagnement social*. APF Formation. Paris : APF, 1998. Traumatismes crâniens : de la prévention à la réinsertion, pp. 17-23.

Ces évaluations doivent également définir les actions à mettre en œuvre pour réduire les nouvelles situations de handicap. "*L'orientation ne peut donc se faire que pas à pas, elle ne peut pas être systématiquement fixée dans le temps, le plus souvent, bien des réajustements successifs seront nécessaires*"⁴⁴. L'évaluation des traumatisés crâniens ne doit donc pas être conçue comme une mesure normative unique et définitive, elle doit s'inscrire comme un processus continu de régulation interactive⁴⁵.

1.4.4 Une situation paradoxale : des évaluations davantage souhaitées par les familles et les professionnels que par les traumatisés crâniens eux-mêmes

Parce que les lésions cérébrales modifient le fonctionnement du cerveau et donc le rapport de la personne à elle-même et au monde qui l'entoure, c'est probablement le traumatisé crânien lui-même qui se connaît le moins bien⁴⁶, parce que son cerveau n'est plus capable de conscientiser les troubles ou leurs conséquences (anosognosie), parce qu'il "refuse" d'admettre les séquelles du traumatisme, sous forme d'un mécanisme inconscient de défense psychologique (déli), ou encore parce qu'il ne peut pas s'en rendre compte, puisqu'il n'a pas encore été en situations de confrontation à la réalité depuis son accident.

Or, pour être réaliste et réalisable, le projet de réinsertion doit être élaboré en compatibilité avec les capacités réelles de la personne. En effet, bien souvent, les projets de réinsertion exprimés par les traumatisés crâniens sont voués à l'échec parce qu'ils sont conçus non pas en fonction de leurs capacités post-traumatiques, mais en fonction des capacités antérieures dont on sait, hélas, qu'elles ne sont quasi jamais récupérées totalement. Il est donc indispensable de fournir à la personne tous les éléments de connaissance d'elle-même suite à son traumatisme (capacités/incapacités), mais aussi des exigences de l'environnement dans lequel elle souhaite s'incérer (facilitateurs/obstacles).

Un premier paradoxe de l'évaluation des traumatisés crâniens est donc que pour aider la personne à construire un projet d'avenir adapté, il faut dans un premier temps l'amener à prendre conscience de sa réalité post-traumatique (ce qui est inévitablement douloureux), pour, dans un second temps, élaborer un nouveau projet de vie. De fait, la conscientisation des capacités, la confrontation à de nouvelles difficultés réactivent la douleur du traumatisme lui-même. Il convient donc que ces évaluations soient effectuées en

⁴⁴ TRUELLE J.L. Id.

⁴⁵ DE KETELE J.-M. *L'évaluation : approche descriptive ou prescriptive ?* Bruxelles : De Boeck Université, 1991. 288p.

⁴⁶ LANGEVIN P. et LE GALL D. *Neuropsychologie des lobes frontaux*. Marseille : Solal, 1999. L'anosognosie secondaire à une atteinte frontale, pp. 289-307.

lien avec une équipe de professionnels spécialisés qui pourra réagir au plus près des réactions et besoins de la personne.

Un second paradoxe est que par mécanisme de défense psychologique, la personne peut refuser une évaluation qui paraît pourtant indispensable et qui est, en général, fortement souhaitée par les proches et les professionnels. Si la coopération du traumatisé crânien est bien-sûr indispensable à la qualité de l'évaluation, elle peut donc être, à certaines périodes, toute relative.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

La spécificité des situations de handicap liées à un traumatisme crânien est désormais reconnue dans sa complexité, à travers la diversité et l'importance de ses conséquences, qu'elles soient physiques, neuropsychologiques ou psychologiques, mais aussi familiales, sociales et professionnelles.

Suite à la prise en charge médicale et rééducative et compte-tenu des séquelles traumatiques, l'obligation, pour le traumatisé crânien lui-même et ses proches, de s'inscrire dans un nouveau projet de vie, nécessite que soit mis à la disposition de ces personnes, des programmes d'évaluation adaptés. En effet, la mise en œuvre de ce projet de (ré)insertion doit, bien sûr, prendre en compte les particularités des séquelles propres à chaque blessé (en particulier aux plans cognitif et psychoaffectif), mais aussi les caractéristiques singulières de sa propre histoire personnelle et de l'environnement dans lequel il souhaite s'insérer.

C'est donc dans le cadre d'une définition du handicap qui met en relation permanente et interactive l'ensemble de ces paramètres que la prise en charge de la personne victime d'un traumatisme crânien doit s'inscrire. Cela implique nécessairement une appréhension globale de la victime elle-même, mais aussi de son entourage proche, qu'il soit familial, relationnel ou professionnel.

Comment une telle démarche se situe-t-elle dans le cadre réglementaire des politiques publiques en faveur des personnes handicapées en général et des dispositifs plus particulièrement créés pour les traumatisés crâniens ? Parmi ces dispositifs, la création des Unités d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS) a permis de proposer des programmes d'évaluation spécifiques. Responsable de l'une ces unités, je propose maintenant d'en présenter le cadre réglementaire et organisationnel, puis d'en analyser le fonctionnement en regard des caractéristiques et de la spécificité des besoins exprimés tant par les traumatisés crâniens que par l'ensemble des acteurs impliqués dans leur (ré)insertion.

2 - L'ÉVALUATION DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS : DES PROGRAMMES SPÉCIFIQUES, MAIS UN "ESPOIR DEÇU" ?

2.1 LES UNITÉS D'ÉVALUATION, DE RÉ-ENTRAÎNEMENT ET D'ORIENTATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE (UEROS) : DES UNITÉS SPÉCIFIQUES POUR LES TRAUMATISÉS CRÂNIENS

Suite au "Rapport Lebeau", la Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 5 juillet 1996, a permis la création des UEROS en fixant les bases organisationnelles de ces unités expérimentales. Cette circulaire insiste sur le fait que si les services hospitaliers et de rééducation sont de plus en plus performants, les structures proposant des programmes d'insertion sociale et professionnelle sont insuffisantes et mal réparties sur le territoire.

C'est afin de mieux répondre aux besoins repérés des traumatisés crâniens que la circulaire incite à la mise en œuvre de "*l'expérimentation au plan régional ou inter-régional, d'Unités d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle rattachées à des centres de préorientation*".

2.1.1 Les missions des UEROS : Evaluation, ré-entraînement, orientation et suivi

Les missions des UEROS sont clairement définies par la circulaire de référence. Elles sont au nombre de quatre :

(1) "*Évaluer très précisément les diverses séquelles physiques et psychiques présentées par le sujet ainsi que les principales potentialités qu'il présente en vue de son insertion sociale, scolaire ou professionnelle ultérieure ;*

(2) *Élaborer un "programme transitionnel de ré-entraînement à la vie active", permettant de :*

- consolider et d'accroître les acquis réalisés précédemment en réadaptation fonctionnelle : remédiation cognitive, ré-entraînement de la mémoire et de l'effort intellectuel, ...

- construire avec l'intéressé et son entourage un projet d'insertion sociale incluant le cas échéant une intégration scolaire ou professionnelle en milieu ordinaire ou adapté.

(3) *Fournir aux intéressés, à leur famille, aux médecins traitants et aux CDES et CoTOReP tout élément utile contribuant à déterminer ou réévaluer le niveau de handicap constaté et l'orientation éventuelle du sujet vers l'une des institutions précitées ;*

(4) Assurer un suivi individualisé du devenir de chaque patient à la sortie de l'unité et dans le cas d'une orientation en milieu ordinaire de travail, d'apporter son concours à l'organisme d'insertion professionnelle chargé de favoriser la recherche d'emploi".

Les UEROS ont donc pour missions de mettre en œuvre de stages d'évaluation dont la vocation de fournir, à la personne victime d'un traumatisme crânien (et à son entourage) un compte-rendu détaillé de ses capacités et incapacités ainsi que des conditions les plus favorables à la réalisation de son projet de vie.

Toutes les UEROS proposent des programmes globalement similaires dans leur architecture, mais leurs organisations concrètes peuvent varier quelque peu en fonction des caractéristiques et histoires des structures gestionnaires, de leurs ressources propres et des budgets financiers qui leur ont été initialement accordés.

Ces unités ont, au départ, été créées à titre expérimental pour cinq ans (sous le nom d'ailleurs d'Unité Expérimentale d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation sociale), même si, au terme de cette échéance, l'absence de critères d'évaluation validés au plan national et l'évolution du cadre législatif⁴⁷ font que les UEROS n'ont pas encore changé de statut.

2.1.2 Les UEROS organisées en maillage régional coordonné au niveau national

Les premières UEROS ont été créées en 1997, dans l'objectif d'une couverture coordonnée de l'ensemble du territoire national, pour aboutir à un nombre actuel de 28 unités (annexe 2). Pour des raisons d'opportunités sanitaires et médico-sociales, certaines régions sont pourvues de plusieurs UEROS, comme par exemple la Région Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon et Saint-Etienne) ou les Pays de Loire⁴⁸ (Angers et Saint-Sébastien sur Loire) et d'autres n'en ont pas, comme la Région Centre. C'est la raison pour laquelle

⁴⁷ Trois textes réglementaires ont en effet des conséquences directes sur l'évaluation des établissements et services pour personnes handicapées en général et pour traumatisés crâniens en particulier : la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale (et sa mise en œuvre progressive), le projet de Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, rénovant la loi 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 et le projet de décret sur les U.E.R.O.S. (évoqué dans le chapitre 4 de cette deuxième partie de mémoire).

⁴⁸ Au niveau de la Région des Pays de Loire, deux centres ont vocation à prendre en charge des personnes victimes de traumatismes crâniens : ARTA (Association pour la Réinsertion des Traumatisés crâniens – Atlantique) à Saint-Sébastien sur Loire (44) et Arceau Anjou à Angers (49). ARTA a été créée en 1989 avec pour objectif de "susciter et mettre en place toute structure appropriée et établissements pour l'évaluation, la rééducation et l'insertion sociale et professionnelle des individus victimes de traumatismes crâniens". ARTA gère, depuis sa création, un CAT et une U.E.R.O.S. depuis 1997. ARTA accueille préférentiellement les populations de la Loire Atlantique et de la Vendée et Arceau Anjou celles du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe.

certaines unités sont amenées à accueillir des personnes issues de plusieurs régions pour répondre aux besoins de la population. C'est, en particulier, le cas de l'UEROS d'Arceau Anjou qui reçoit des traumatisés crâniens de la Région des Pays de Loire, mais aussi de la Région Centre.

Afin de fédérer le travail des UEROS, a été mis en place, dès 1997, le Groupe Stratégique Inter-fédéral (GSI) qui regroupe sur l'ensemble du pays des représentants des structures gestionnaires. Au-delà de son rôle de représentativité, notamment au niveau ministériel, le GSI supervise les travaux des Groupes Opérationnels Inter-Fédéraux (GOIF) qui permettent aux professionnels des UEROS d'échanger sur leurs pratiques (outils d'évaluations, suivi post-UEROS) et sur des thèmes particuliers (troubles du comportement, évaluation des UEROS).

En mars 2003, le GSI a présenté, lors des "journées UEROS" de Toulouse, le bilan du fonctionnement des UEROS au niveau national. Ce bilan insiste sur le rôle central de ces unités, en tant que "système expert" d'évaluation, de ré-entraînement à la vie active et d'orientation des personnes accueillies, dans laquelle la "resocialisation" paraît prioritaire.

La place des UEROS est reconnue dans l'articulation qu'elle favorise entre le monde sanitaire et le monde médico-social, *"afin d'éviter la rupture de prise en charge si fréquente à la sortie de la rééducation"*. L'UEROS est conçue comme une structure de transition et d'identification : *"son rôle n'est pas de soigner, ni d'assumer la réinsertion dans son ensemble, mais de jeter un pont, de faciliter le passage de témoins entre ces deux objectifs. Dans cette période clé intermédiaire, l'UEROS a aussi pour rôle de favoriser la prise de conscience des potentialités mais aussi des difficultés de chaque personne accueillie, de lui permettre de vivre avec et de construire, avec sa famille, un projet adapté et réaliste"*.

Par ailleurs, l'augmentation du nombre de personnes suivies par ces unités, après leur stage UEROS, renforce la nécessité de mettre en place des antennes de relais à proximité de leur lieu de vie : *"l'UEROS ne peut remplir ses objectifs au mieux que dans l'intégration au sein d'un réseau structuré dans le temps et dans l'espace avec les autres structures, spécifiques ou non, les autres professionnels et les associations de familles.."*

Ce bilan a été suivi, à l'automne 2003, de la présentation à l'IGAS, de grilles d'évaluation quantitative et qualitative des UEROS : grilles qui devraient prochainement être validées et servir de référence nationale pour l'auto-évaluation de ces services, telle qu'elle est préconisée dans le cadre de la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

2.2 L'UEROS D'ARCEAU ANJOU

2.2.1 Arceau Anjou : un ensemble mutualiste d'établissements et de services voué à l'insertion sociale et professionnelle des traumatisés crâniens

C'est en 1984 qu'a été créé Arceau Anjou avec pour vocation l'aide à la réinsertion sociale et/ou professionnelle de personnes victimes de traumatismes crâniens. Son projet est formalisé autour de quatre principes qui constituent ses fondements : (1) Respect et affirmation des droits des personnes en situations de handicap, plus spécialement des personnes cérébro-lésées ; (2) Engagement dans l'environnement social et économique pour valoriser les compétences et l'autonomie des personnes ; (3) Engagement dans des pratiques pluridisciplinaires pour garantir l'efficacité des actions d'évaluation et d'appui à l'insertion sociale et professionnelle ; (4) Inscription des pratiques dans le champ de la recherche multidisciplinaire impliquant les disciplines médicales et de santé publique, les sciences humaines, sociales et économiques.

La structure s'est progressivement développée à travers diverses actions et activités (annexe 3), pour constituer aujourd'hui un dispositif de trois unités, coordonnées par une Direction Générale (figure 2).

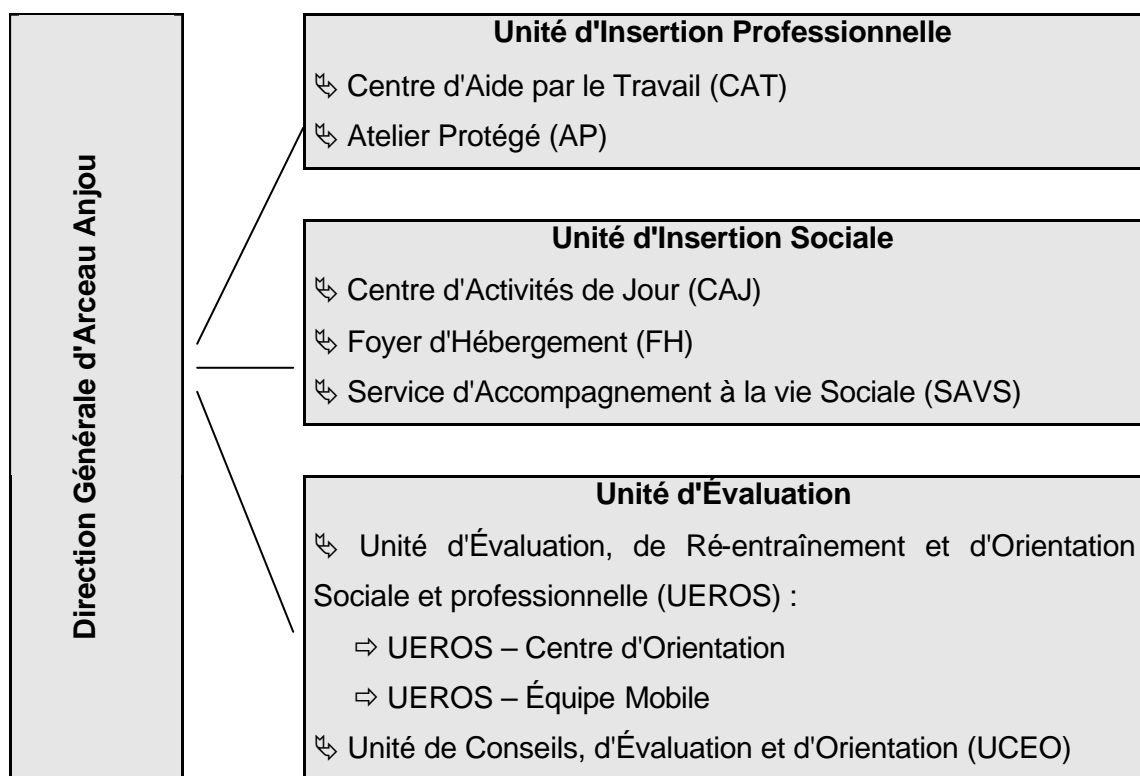


Figure 2 : Organisation d'Arceau Anjou.

Depuis le 1^{er} janvier 2003, Arceau Anjou constitue le Pôle "traumatisme crânien" de la Mutualité française Anjou-Mayenne (MfAM) qui en supervise la gestion par la mise en place d'un comité de gestion (figure 3). Auparavant, cette gestion relevait de l'Association Arceau Anjou qui, si elle n'est plus association gestionnaire n'en poursuit pas moins ses activités en faveur des traumatisés crâniens, en ayant changé de nom, pour s'appeler depuis juin 2004, "Convergences Ouest – Traumatisme Crânien". La MfAM est régie par le Code de la Mutualité. Elle est issue du regroupement au 31 décembre 2002 de la Mutualité de l'Anjou et de la Mutualité de la Mayenne et regroupe des mutuelles locales d'entreprises, des sections de mutuelles nationales et de mutuelles de la Fonction Publique.

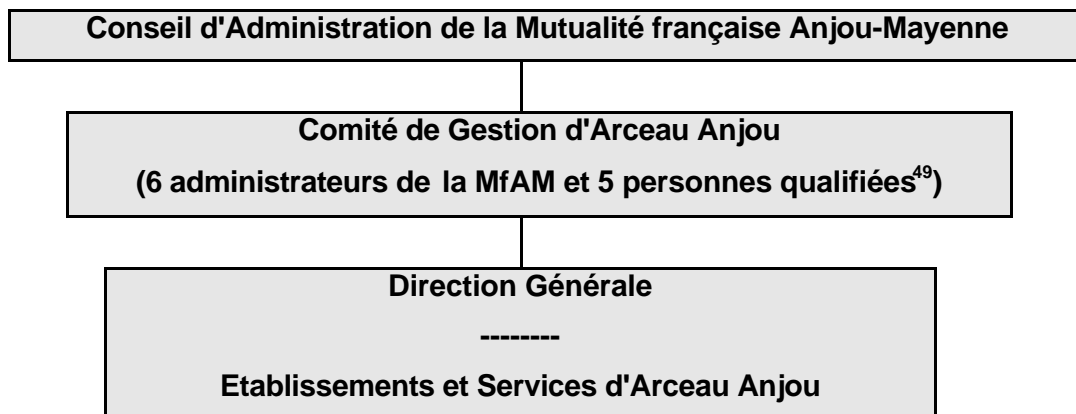


Figure 3 : Comité de gestion d'Arceau Anjou.

La Mutualité française Anjou-Mayenne gère divers établissements et services privés à but non lucratif à caractère sanitaire, médico-social ou social : pharmacies, centres dentaires, d'optique et d'audioprothèse, services de soins infirmiers à domicile et de téléalarme, résidences pour personnes âgées, maison de convalescence, structures d'accueil "petite enfance", établissements et services pour déficients auditifs, visuels et personnes cérébro-lésées, dispositifs pour la vie autonome des personnes handicapées.

2.2.2 L'Unité d'Évaluation d'Arceau Anjou

L'Unité d'Évaluation a pour vocation de mettre en œuvre des actions d'évaluations (neuropsychologique, personnelle, sociale et professionnelle) et de soutien à l'insertion professionnelle et au maintien en situation de travail en milieu ordinaire de travail.

⁴⁹ Les personnes qualifiées du Comité de Gestion d'Arceau Anjou sont trois représentants de l'Association "Convergences Ouest – Traumatisme Crânien et deux de l'Association des Familles de Traumatisés Crâniens (AFTC) du Maine et Loire.

Elle ne reçoit que des traumatisés crâniens, contrairement aux autres établissements et services d'Arceau Anjou qui peuvent accueillir d'autres types de handicaps (Infirmité Motrice Cérébrale, handicaps physiques). Cette unité (figure 4) est composée de deux services :

- (1) L'Unité de Conseils, d'Évaluation et d'Orientation (UCEO).
- (2) L'Unité d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS).

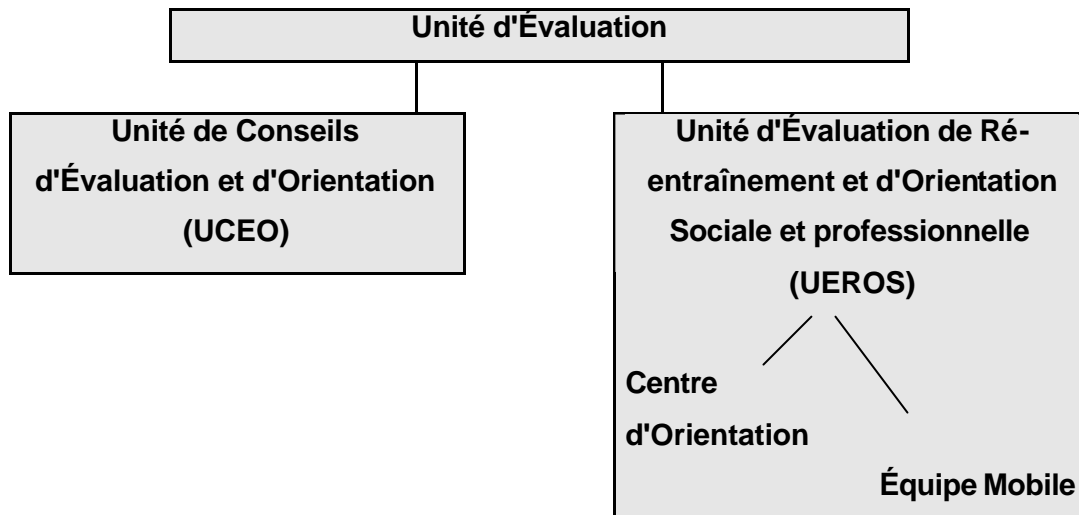


Figure 4 : Unité d'Evaluation d'Arceau Anjou

2.2.3 L'UCEO : une unité d'appui aux structures d'aide à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail

L'UCEO est le dernier service créé par Arceau Anjou en 2002, à la demande de l'Agefiph⁵⁰ et de la DDTEFP du Maine et Loire qui en assurent le co-financement, ceci dans le cadre du Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés. Ce service cherche à répondre aux problèmes spécifiques posés par les traumatisés crâniens : problèmes qui doivent être pris en compte de façon particulière pour favoriser leur insertion dans le monde du travail. Les entreprises et les différents organismes d'insertion relevant du droit commun (ANPE, Missions locales, CAP EMPLOI, ...), rencontrant de fréquentes difficultés

⁵⁰ Au moment de la mise en place du CAP EMPLOI sur le département du Maine et Loire, l'Agefiph (Association pour la Gestion des Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées) a déchargé les structures spécialisées, comme Arceau Anjou, de leurs activités d'accompagnement professionnel, assumées jusqu'alors par des chargés d'insertion, pour mettre en place un réseau d'appui conseil dit "réseau expert" constitué de structures spécialisées dans tel ou tel type de handicap spécifique (déficience intellectuelle, pathologie mentale, déficience sensorielle et traumatisme crânien). Ce "réseau expert" intervient en soutien ponctuel aux structures de droit commun d'aide à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail.

dans l'aide qu'ils apportent à ce public, l'UCEO intervient en appui et en inter-activité avec ces structures, pour des personnes reconnues travailleurs handicapés par la CoTOrEP du fait de leur traumatisme crânien.

Les actions proposées par ce service reposent sur la comparaison et la réduction des écarts entre les (in)capacités résiduelles de la personne et les exigences techniques et environnementales de la situation professionnelle dans laquelle elle souhaite s'insérer.

Pour ce faire, cinq types de prestations sont proposées aux travailleurs handicapés eux-mêmes, mais également aux entreprises et organismes impliqués dans leur réinsertion (annexe 4) : (1) Information/sensibilisation auprès des organismes, institutionnels et des entreprises, (2) Évaluations Conseils, (3) Diagnostics Expert, (4) Bilans d'Évaluation Professionnelle et (5) actions d'Appui/Conseils auprès des CAP EMPLOI, ANPE et missions locales, des entreprises, des services de médecine du travail et des organismes de droits communs d'élaboration de projets professionnels.

L'équipe pluridisciplinaire d'intervenants de l'UCEO est, sous ma responsabilité (pour 0,30 ETP⁵¹), composée de trois consultants, en neuropsychologie (0,60 ETP), en psychologie du travail (0,60 ETP) et en conseils techniques (1 ETP). Une secrétaire (0,20 ETP) et une comptable (0,15 ETP) complète cette équipe.

L'UCEO fonctionne sur la base d'un contrat d'objectifs, fixé chaque année avec l'Agefiph et la DDTEFP pour un nombre prévisionnel de chacune des prestations.

Au cours de sa première année de fonctionnement, l'UCEO n'est intervenu que sur le département du Maine et Loire et, en 2003, le service a étendu ses activités au département de la Mayenne. Depuis le début de l'année 2004, des discussions sont en cours, pour que ce service puisse répondre aux souhaits de l'Agefiph de mise en œuvre d'un dispositif régional d'appui au réseau d'insertion professionnelle des personnes handicapées. Cette perspective correspond à mon souhait de voir l'UCEO intervenir, à terme, sur le même territoire géographique que l'UEROS, afin de favoriser une cohérence globale des actions proposées par l'Unité d'Évaluation : je reviendrai plus loin sur cette question.

2.2.4 L'UEROS : une unité d'évaluation des capacités et d'élaboration de projet de vie

L'Unité d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS) d'Arceau Anjou s'est constituée en deux temps. Le premier, suite à la Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 5 juillet 1996, a permis la création de l'**UEROS – Centre d'Orientation**. Le second, suite à la Circulaire DAS n° 98-13 du 12 janvier 1998, a été l'occasion de créer l'**UEROS – Équipe Mobile**.

⁵¹ Equivalent Temps Plein

L'UEROS d'Arceau Anjou (figure 4) est donc aujourd'hui composée de l'UEROS – Centre d'Oriantation, ouverte en septembre 1997, agréée pour 20 places par an et de l'UEROS - Équipe Mobile, agréée depuis avril 2000, pour 10 places par an (annexe 5). Les deux composantes de l'UEROS ont ainsi les mêmes missions : évaluation, ré-entraînement, orientation et suivi.

2.2.4.1 L'UEROS – Centre d'Oriantation : des stages d'évaluation pour poser les bases d'un projet d'avenir

L'UEROS – Centre d'Oriantation accueille dans ses locaux angevins, des traumatisés crâniens originaires des Régions Pays de la Loire et Centre (annexe 6), du lundi matin au vendredi midi, sur un mode d'externat, pour des programmes d'évaluation (appelés "Stages UEROS") d'une durée de 12 semaines. L'UEROS organise quatre sessions de stages par an, accueillant en moyenne cinq personnes à chaque fois.

L'admission au Centre d'Oriantation se fait sur orientation de la 1^{ère} section de la CoTOReP⁵², à la demande directe du traumatisé crânien lui-même ou, on l'a vu, souvent de sa famille ou des organismes et structures qui l'accompagnent. Cette admission est validée par moi-même, après une première étude du dossier par la Commission Sociale d'Admission d'Arceau Anjou⁵³ et un entretien que je mène avec le candidat, sa famille et le référent social de l'unité (voir constitution de l'équipe de professionnels ci-après). Durant leur présence au centre, les personnes accueillies (appelés "stagiaires") bénéficient du statut de "stagiaires de la formation professionnelle" et sont à ce titre rémunérées par le CNASEA⁵⁴.

Pendant leur séjour, les stagiaires qui ne résident pas aux alentours d'Angers, peuvent louer des chambres (au nombre de quatre) qui leur sont réservées en Résidences

⁵² Le décret n° 2003-1220 du 19 décembre 2003 relatif à la composition et à l'organisation de la Commission Technique d'Oriantation et de Reclassement Professionnel pose le principe d'une commission unique mise en place sur le département du Maine et Loire à compter du 1^{er} septembre 2004. Jusqu'alors, la CoTOReP était organisée en deux sections :

- 1^{ère} section consacrée aux demandes relatives à l'emploi : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé, orientation professionnelle, évaluation d'abattement de salaire, attribution de primes de reclassement.

- 2^{ème} section consacrée aux demandes relatives aux allocations : attributions de l'Allocation Adulte Handicapé, de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne, estimation du taux d'incapacité, attribution de la Carte d'Invalidité, placement en établissement spécialisé.

⁵³ La Commission Sociale d'Admission d'Arceau Anjou se réunit une fois par mois pour étudier toutes les demandes adressées aux différents établissements et services. Elle est composée du Directeur Général, de la Directrice de l'Unité d'Insertion Sociale, du Directeur de l'Unité d'Insertion Professionnelle, du médecin neurologue de l'UEROS, d'une Assistante de Service Sociale, d'une secrétaire et de moi-même.

⁵⁴ Le CNASEA (Centre National pour l'Aménagement des Structures des Exploitations Agricoles) est l'organisme qui gère la rémunération des personnes ayant le statut de stagiaires de la formation professionnelle, qu'ils soient ou non reconnu travailleurs handicapés.

de Jeunes Travailleurs : L'UEROS est liée, par convention, à l'Association des Foyers Angevins de Jeunes Travailleurs et travailleuses.

Les stages de l'UEROS – Centre d'Orientation d'Arceau Anjou sont organisés, selon les préconisations de la circulaire de référence, en 3 phases :

(1) Phase de bilan/évaluation

D'une durée de 4 semaines, la phase de bilan/évaluation est consacrée aux bilans qui permettront de construire, par la suite, un programme de stage adapté aux capacités et aux besoins de chacun : (1) **bilan médical** (évaluation des déficiences), (2) **bilan neuropsychologique, ergothérapeutique et psychomoteur** (évaluation des capacités/incapacités), (3) **bilan personnel et social** (évaluation des situations de handicaps dans les actes de vie quotidienne), (4) **bilan "scolaire" et professionnel** (évaluation des atouts et freins à la (ré)insertion professionnelle).

Ces bilans ont le même contenu pour tous les stagiaires, mais ils sont malgré tout individualisés selon les (in)capacités de chacun : certains bénéficiant de l'ensemble des tests prévus, d'autres en partie seulement, en fonction de leur vitesse de réalisation ou de leur impossibilité, motrice ou neuropsychologique.

Une synthèse de ces bilans permet de définir les priorités du programme de la seconde phase. Cette synthèse est reprise lors du "bilan intermédiaire" que j'anime avec le stagiaire, son référent⁵⁵, et, selon les situations, ses proches et ses partenaires sociaux ou médicaux,

(2) Phase de ré-entraînement à la vie active

Au cours de la phase de ré-entraînement à la vie active, qui dure 7 semaines, les différents professionnels de l'UEROS mettent en œuvre, en fonction de ce qui a été décidé en réunion d'équipe, divers ateliers et activités, toujours en regard du projet de chaque stagiaire et des priorités retenues lors du bilan initial. Cette phase permet de mettre plutôt l'accent, pour certains stagiaires, sur le ré-entraînement neuropsychologique (ateliers cognitifs), pour d'autres, sur l'autonomisation personnelle ou sociale (ateliers "vie quotidienne", de type déplacements, gestion alimentaire, etc.). Pour d'autres enfin, c'est l'élaboration d'un projet professionnel qui primera (ré-entraînement gestuel, orientation professionnelle). De façon quasi systématique, plusieurs de ces priorités seront retenues en même temps. En effet, le rapport d'activités de l'UEROS pour l'année 2003 (annexe 6 : Rapport d'activités 2003 de l'UEROS d'Arceau Anjou) montre que, si 48 % des stagiaires accueillis fixent, à leur entrée en stage, comme seule priorité la reprise d'une activité

⁵⁵ Chaque personne accueillie est plus particulièrement suivie tout au long de son stage UEROS par un des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire, appelé "réfèrent". Ce dernier est déterminé, en équipe pluridisciplinaire, en regard du profil de chaque stagiaire. Le référent est l'interface entre le stagiaire (et ses proches) et l'équipe de l'UEROS, pour tout ce qui concerne le stage.

professionnelle, ils sont 77 % à bénéficier en fin de stage d'une préconisation d'orientation relative à la dimension personnelle et sociale. Ces chiffres montrent bien que pour une forte majorité, l'évolution vers une (ré)insertion professionnelle, passera d'abord par un accompagnement personnel ou social.

Les activités et ateliers de cette seconde phase de stage ont pour but de ré-entraîner à l'effort physique, à la vie sociale, de stimuler les capacités cognitives, de réactiver les acquis scolaires et/ou professionnels. Ils sont aussi l'occasion de voir comment le stagiaire peut gérer certaines obligations, certaines consignes de travail, comment il cohabite avec les autres stagiaires. Pour les stagiaires qui réfléchissent à l'élaboration et/ou la validation d'un projet professionnel, des mises en situations de travail en entreprises de milieu ordinaire ou de milieu protégé (CAT ou AP) sont organisées.

Des synthèses régulières sont effectuées entre le stagiaire et son référent (au cours d'un entretien hebdomadaire) et lors des réunions d'équipe (deux par mois). Elles permettent de recadrer le programme de chacun.

(3) Phase de bilan final.

Au cours de la dernière semaine de stage, un bilan final est effectué en équipe, pour évaluer les progrès réalisés, en fonction des priorités retenues pour chaque stagiaire. Ce bilan est aussi l'occasion pour les professionnels de définir les actions à mener ultérieurement et identifier les professionnels et structures relais.

Une synthèse de fin de stage, suivi d'un "bilan final" (avec les mêmes personnes que lors du "bilan intermédiaire"), permet de faire le point sur ce qui a été fait et ce qui, après le stage, doit être fait en priorité, afin de continuer de la façon la plus cohérente possible le parcours de (ré)insertion. Ce bilan pose en conclusion des préconisations d'orientation qui sont ensuite adressées, en priorité au stagiaire (et, avec son accord, aux partenaires sociaux et médicaux), mais aussi à la CoTOReP qui possède ainsi les éléments nécessaires pour déterminer son orientation.

Cette synthèse finale permet de poser les bases du suivi individualisé. Ce dernier, effectué par le référent du stagiaire, est organisé en lien avec les différents partenaires extérieurs avec qui le stagiaire sera par la suite en contact : assistantes sociales, structures d'accompagnement à la recherche d'emploi, médecins traitants ou du travail, infirmières, orthophonistes, centres d'activités, etc.

En moyenne, le temps d'attente entre le dépôt de la demande de stage à la CoTOReP et l'entrée en UEROS est supérieur à 1 an : délai de traitement du dossier en CoTOReP de 3 à 4 mois, plus 3,5 mois entre la notification CoTOReP et le premier entretien à l'UEROS et 6,2 mois de liste d'attente. Ce temps très long n'est pas toujours compatible avec le souhait des personnes en terme de construction de projet personnel. Il paraît donc

souhaitable d'étudier les moyens de réduire ces délais, mais aussi de pouvoir suivre les futurs stagiaires dès leur demande initiale, c'est à dire avant même qu'ils n'entrent en stage, afin de leur proposer, ainsi qu'à leur entourage, l'accompagnement nécessaire.

2.2.4.2 L'UEROS – Équipe Mobile : une évaluation à domicile, à visée d'intégration domiciliaire et environnementale

L'UEROS – Équipe Mobile intervient, sur le département du Maine et Loire, au domicile de traumatisés crâniens qui ne peuvent venir au Centre d'Orientation, en raison de leur manque d'autonomie, par exemple à cause de difficultés trop importantes d'orientation temporelle ou spatiale, de problèmes majeurs de la mémoire ou de troubles du comportement incompatibles avec une vie en collectivité.

L'Équipe Mobile a pour vocation de permettre à ces personnes de bénéficier d'une évaluation de leurs déficiences et (in)capacités afin de favoriser leur maintien à domicile et permettre, par le ré-entraînement nécessaire, une insertion sociale adaptée. L'unité a également pour objectif de travailler, en collaboration avec les familles et l'entourage, à l'élaboration d'un projet de vie à long terme.

Les personnes prises en charge bénéficient d'une orientation de la 2^{ème} section de la CoTOReP, elles ne sont pas reconnues "travailleurs handicapés". Cette orientation est fixée pour un an, éventuellement renouvelable sur avis de la CoTOReP, en fonction du bilan effectué par l'Équipe Mobile au terme de la première année.

L'Équipe Mobile n'est pas un service d'accompagnement éducatif de type Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, ni un Service d'Aide à Domicile, mais reste bien une unité d'évaluation des capacités à domicile et d'élaboration de projet d'avenir.

Les interventions, au nombre de deux à trois par semaine en moyenne (sur une durée d'une à deux heures), ont lieu certes au domicile de la personne, mais aussi sur l'ensemble de son environnement de vie extérieure, afin d'améliorer son insertion sociale.

Les différentes phases du programme d'évaluation, définies par un "contrat d'actions", sont organisées selon les besoins et le rythme de chacun, sur la base suivante :

(1) **bilan/évaluation** des déficiences et des capacités individuelles, évaluation des ressources humaines et sociales environnementales (famille, réseau local de vie),

(2) en fonction des éléments de la première phase, définition de priorités à mettre en œuvre et à tester, sous forme de **programme individualisé**, avec propositions d'actions concrètes de vie quotidienne,

(3) **poursuite de l'évaluation** des actions mises en oeuvre tout au long du contrat d'actions,

(4) **suivi** du devenir du bénéficiaire dans les suites du contrat d'actions.

Le développement personnel est l'objectif prioritaire et permanent du programme d'évaluation. En fonction des ressources locales et des liens déjà établis sur place, l'Équipe Mobile organise ce programme sous forme d'un appui spécialisé auprès des personnes et structures déjà impliquées : échanges directs, informations et conseils.

Une étude menée fin 2002 par le Comité National de Pilotage de l'Évaluation de la politique menée en direction des traumatisés crâniens, destinée à la DGAS, indique qu'au plan national, huit Équipes Mobiles sont officiellement recensées : six sont gérées par des associations et deux par des centres hospitaliers ; sept sont financées par les Caisses d'Assurance Maladie et une par un Conseil Général ; une seule de ces Équipes Mobiles est rattachée à une UEROS, celle d'Arceau Anjou.

2.2.4.3 Les professionnels de l'UEROS : une équipe pluridisciplinaire pour une prise en compte globale de la personne

Compte tenu des caractéristiques du traumatisme crânien et de la nécessité de mettre en œuvre des évaluations centrées à la fois sur la personne et son environnement, toute action doit être, on l'a vu, inscrite dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire.

L'équipe de professionnels de l'UEROS (6,60 ETP) est donc constituée de spécialistes de différents champs disciplinaires (tableau 2).

La répartition de ces professionnels entre le Centre d'Orientation et l'Équipe Mobile, est liée au fait que la structure s'est constituée en deux temps. Ainsi, le budget de l'UEROS est constitué initialement en deux, avec un objectif d'activités pour chaque sous-unité (Centre d'Orientation et Équipe Mobile), pour être regroupé en un seul par la suite.

Au sein de l'équipe de professionnels, les fonctions de chacun ont été définies selon une complémentarité interdisciplinaire, afin de répondre à la diversité des besoins et des situations de handicap des personnes accueillies (Annexe 7).

La définition de ces fonctions avait été écrite en 1997, à l'ouverture de l'UEROS par la direction de l'époque. Au cours des années 2001/2002, j'ai réalisé, avec chaque professionnel, une réactualisation de ces documents précisant les missions de chacun⁵⁶.

	Centre d'Orientation	Équipe Mobile	Total UEROS
Chef de service	0,35	0,35	0,70
Secrétaire	0,55	0,15	0,70
Comptable	0,25	0,10	0,35
Médecin neurologue	0,10		0,10
Aide Médico-psychologique	0,80	0,80	1,60
Éducatrice Spécialisée	0,30	0,35	0,65
Éducateur Technique Spécialisé	0,80		0,80
Ergothérapeute	0,30		0,30
Formateur⁵⁷	0,10		0,10
Neuropsychologue	0,50		0,50
Psychomotricienne	0,30	0,50	0,80
Total	4,35	2,25	6,60

Tableau 2 : Équipe pluridisciplinaire de l'UEROS d'Arceau Anjou.

2.3 L'UEROS PROPOSE DES RÉPONSES TECHNIQUES ÉPROUVÉES MAIS ENCORE TROP RIGIDES ET À DÉVELOPPER

2.3.1 Un dispositif d'évaluation des déficiences et incapacités mais surtout des situations de handicap dans les activités de vie quotidienne

Les évaluations mises en œuvre par l'UEROS – Centre d'Orientation reposent sur la forte technicité des professionnels qui y travaillent⁵⁶, permettant d'effectuer des évaluations hautement spécialisées des déficiences et incapacités.

Le **bilan des déficiences** est assuré par le médecin. Il vise à faire un point médical précis et à reprendre, si besoin, des problèmes non résolus qui pourraient compliquer le projet de vie du stagiaire.

⁵⁶ Je ré-aborderai cette question en troisième partie, dans le cadre de l'adaptation des pratiques professionnelles en regard du projet de ré-organisation de l'UEROS.

⁵⁷ La circulaire DAS/DE/DSS du 4 juillet 1966 précise que les UEROS doivent s'intégrer à des Centres de Pré-Orientation (CPO). Ces centres sont chargés d'évaluer les capacités professionnelles des travailleurs reconnus handicapés et d'élaborer avec eux un projet professionnel (Code du travail, art. R 323-33-1 à R 323-5, R. 323-41-5). Les CPO sont le plus souvent intégrés à des Centres de Rééducation Professionnels (CRP). L'UEROS d'Arceau Anjou est rattachée par convention au CPO du CRP de Sablé sur Sarthe (72) et un de ses formateurs y intervient à raison de 0,10 ETP.

⁵⁸ Les différentes spécialités professionnelles ne sont pas réparties de façon équivalente entre le Centre d'Orientation et l'Équipe Mobile. Cette dernière n'est pas pourvue en postes de médecin, de neuropsychologue ou d'ergothérapeute, ce qui n'est pas sans poser problèmes, j'y reviendrai plus loin.

Le **bilan des capacités et incapacités** est assuré par la neuropsychologue, l'ergothérapeute et la psychomotricienne. Ce bilan a pour objectif de déterminer quelles sont les conséquences du traumatisme crânien sur ses capacités physiques, sa motricité, sa dextérité, son fonctionnement neuropsychologique et psychologique.

La vocation essentielle de ces bilans est de décrire et comprendre quelles sont les expressions concrètes de ces déficiences et incapacités, en terme de situations de handicap dans les actes de vie quotidienne : situations qui sont, en cours de stage, appréhendées par de nombreuses activités concrètes, dans les locaux d'Arceau Anjou ou dans différents lieux publics, voire en situations professionnelles.

Le **bilan personnel et social** est assuré par l'éducatrice spécialisée et l'aide médico-psychologique. Ce bilan permet de savoir quelles étaient les habitudes de vie du stagiaire, de connaître les activités de vie quotidienne aujourd'hui possibles et celles qui ne le sont plus ou pas encore (autonomie domiciliaire, déplacements, gestion des documents administratifs et des finances, mais aussi gestion du temps libre, des loisirs).

Le **bilan "scolaire" et/ou professionnel** est assuré par l'éducateur technique spécialisé et le formateur. Ce bilan des atouts et freins à la (ré)insertion professionnelle, permet d'évaluer la maîtrise des notions de base en français ou en mathématiques et de voir si de nouvelles acquisitions sont possibles. Il est aussi utilisé pour faire le point sur les capacités d'utilisation des acquisitions anciennes, l'expérience passée, les capacités de base au travail et les perspectives d'avenir professionnel.

2.3.2 Des réponses conçues pour les traumatisés crâniens mais qui doivent évoluer pour mieux répondre à leurs spécificités

Les UEROS ont donc été spécifiquement conçues pour l'évaluation et l'élaboration de projet social et/ou professionnel des traumatisés crâniens. Si elles sont aujourd'hui reconnues, elles ne sont pas sans susciter malgré tout, de la part des usagers, des familles et des professionnels, quelques réserves et interrogations quant à leur fonctionnement et leur positionnement dans l'interface entre le secteur sanitaire, le secteur médico-social et celui du travail. Ainsi, par exemple, on peut se demander, avec De Labarthe⁵⁹, comment assurer le suivi de ces évaluations, comment en faire bénéficier les personnes dont l'autonomie est des plus réduites, comment assurer, sur le long terme, le suivi socio-familial

⁵⁹ DE LABARTHE J. *Les traumatismes crâniens : de la prise en charge médicale à l'accompagnement social*. APF Formation. Paris : APF, 1998. De l'insertion précoce à la réinsertion professionnelle, pp. 187-192.

à domicile ? Ce sont toutes ces questions qui ont fait dire au Président de l'UNAFTC qu'il fallait prendre garde à ce que les UEROS ne soient pas à l'origine d'un " espoir déçu"⁶⁰.

Je partage un certain nombre de ces réserves et le bilan que je peux aujourd'hui faire du fonctionnement de l'UEROS d'Arceau Anjou m'amène à formuler diverses remarques et propositions dont la mise en œuvre devrait améliorer sensiblement les prises en charge et la cohérence globale de l'aide à la réinsertion des personnes que nous accueillons. Ce bilan est étayé par différents points de vue :

- Celui des traumatisés crâniens eux-mêmes, à travers les relations directes que je peux avoir avec eux, mais aussi à partir des réponses qu'ils font au questionnaire de fin de stage (j'en reparlerai en troisième partie à propos du Conseil à la Vie Sociale),

- Celui de leurs familles, lors des rencontres de bilans intermédiaire et final de stage, mais aussi à travers la revue de l'UNAFTC, "Résurgence", qui consacre régulièrement des articles à cette question.

- Celui des professionnels de l'UEROS, à travers les réunions de service et la démarche d'auto-évaluation des services rendus (démarche décrite plus loin).

Ces remarques me semblent se concentrer autour de deux vecteurs centraux :

- La structuration même des UEROS, en regard des caractéristiques propres aux traumatisés crâniens et de leurs besoins.

- Le fonctionnement de l'unité d'Arceau Anjou, en regard des missions des UEROS, de leurs caractéristiques organisationnelles et financières, ainsi que de ses particularités.

2.3.2.1 Le Centre d'Orientation est insuffisamment adapté aux caractéristiques du public qu'il accueille

2.3.2.1.1 Des stages de douze semaines peu compatibles avec la complexité de la (ré)insertion des traumatisés crâniens.

Le principal reproche que l'on peut faire aujourd'hui à l'UEROS – Centre d'Orientation tient, me semble-t-il à sa structuration même. En effet, des stages fixés à douze semaines ne sont guère compatibles avec la complexité des parcours de (ré)insertion des traumatisés crâniens.

On l'a vu, du fait de leurs séquelles neuropsychologiques, les traumatisés crâniens peuvent se retrouver dans de nouvelles situations de handicap, chaque fois qu'eux-mêmes ou leur environnement changent et que leurs capacités ne leur permettent plus de s'adapter

⁶⁰ BARUCQ J. Les UEROS et leur rôle dans le parcours des traumatisés crâniens. *Résurgences*, Décembre 2003, n° 28, pp. 8-11.

à ces changements. C'est pour cela que leur (ré)insertion s'inscrit sur le long terme, progressivement, avec la nécessité d'évaluer, chaque fois que nécessaire, les moyens de réduire les écarts entre (in)capacités et exigences environnementales. De plus, les personnes accueillies sont généralement jeunes et, parce que leur insertion initiale n'était pas encore finalisée, elles ont besoin de découvrir, étape par étape, les différents paramètres de leur autonomie personnelle et sociale (vie autonome en logement individuel), et de l'insertion professionnelle (réalités et contraintes du travail en entreprise).

De ce point de vue, l'organisation actuelle du Centre d'Orienteion ne permet pas de répondre à cette dynamique de la réinsertion des traumatisés crâniens et à l'exigence consécutive d'évaluations répétées selon l'évolution des besoins de chacun.

Les orientations CoTOReP fixant la durée des stages à 12 semaines, permettent, certes, de répondre à des interrogations ponctuelles et conjoncturelles, mais pas de s'inscrire dans un processus continu de régulation interactive. Il paraît donc nécessaire de rompre avec une logique de stage d'une durée figée de 12 semaines. Tout en restant en accord avec les termes de la circulaire de référence, il s'agit d'obtenir des CoTOReP la possibilité d'effectuer des périodes de stage d'un total maximum de six mois, ("*au moins trois mois avec possibilité de renouvellement*") selon les termes de la circulaire), espacées dans le temps, selon les besoins de chacun. Cette périodicité permettra, si nécessaire, une maturation du projet de vie, une confrontation à la réalité de situations concrètes, l'amélioration de capacités dans tel ou tel domaine de la vie personnelle ou sociale, une réflexion sur de nouveaux choix d'orientation.

Ces différentes périodes d'évaluation et d'élaboration de projet réparties sur une durée prolongée nécessiteraient alors la mise en place de relais spécialisés d'accompagnement de proximité, au cours des phases intermédiaires, évitant ainsi au traumatisé crânien et son entourage de rester seuls, puisqu'on a vu que cet "abandon" était souvent à l'origine de situations d'échecs.

2.3.2.1.2 Un mode d'accueil non adapté aux personnes dépendantes

L'accueil sur le mode de l'externat n'est pas adapté aux personnes dépendantes. La circulaire de référence prévoit que les UEROS peuvent accueillir des personnes relevant du niveau GOS 3⁶¹. Un tel accueil ne peut être envisagé dans le cadre du fonctionnement actuel de l'UEROS qui reçoit les stagiaires à la journée : les personnes ne résidant pas sur la

⁶¹ Selon la classification Glasgow Outcome Scale, le niveau GOS 3 correspond à des handicapés dépendants, nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne en raison d'incapacités mentales ou physiques graves.

région angevine sont hébergées pendant leur stage en Résidence de Jeunes Travailleurs (RJT) où aucun accompagnement spécialisé n'est prévu.

Les personnes les plus dépendantes manquent d'autonomie dans les actes de vie quotidienne pour pouvoir s'assumer seules en dehors des heures de stages, en particulier pour leurs déplacements, leurs repas et la gestion de leurs temps libres. Cela amène régulièrement certains "candidats stagiaires" à préférer des UEROS qui possèdent leur propre hébergement, comme par exemple celles de Saint-Sébastien sur Loire (44) ou Rennes-Betton (35).

Cette absence d'hébergement propre a, d'une certaine façon, pour conséquence de mettre les UEROS en concurrence, non pas en regard de la qualité des évaluations proposées, mais de leurs conditions d'accueil. Elle a aussi des répercussions financières importantes. En effet, les stagiaires de l'UEROS d'Arceau Anjou qui résident en RJT, ont à leur charge le loyer de leur chambre (même si dans certaines conditions, ils peuvent bénéficier d'une Aide Personnalisée au Logement), ce qui n'est pas le cas pour les UEROS citées ci-dessus. : coût du loyer venant en déduction de leur rémunération CNASEA et représentant, pour beaucoup, un second loyer.

Ce manque d'harmonisation entre les UEROS est d'autant plus regrettable que le rattachement administratif de ces unités à des Centres de Pré-Orientation (CPO) devrait permettre à toutes les personnes accueillies, sur l'ensemble du territoire national, de pouvoir bénéficier des mêmes avantages financiers consentis à celles qui le sont en CPO, en particulier la prise en charge financière de l'hébergement et, pour les personnes victimes d'un accident de travail, des repas. Or, cela n'est pas prévu au budget de l'UEROS d'Arceau Anjou.

2.3.2.1.3 Des conditions de préparation et de suivi de stages insatisfaisantes

L'organisation actuelle de l'UEROS d'Arceau Anjou présente des conditions de préparation et de suivi de stages insatisfaisantes. Les difficultés propres aux personnes accueillies, notamment leurs troubles neuropsychologiques, nécessitent une importante préparation des entrées en stage : besoin d'aide à la constitution administrative des dossiers (en lien avec les familles et les services sociaux), explication des objectifs de stages (qui doivent souvent être répétés plusieurs fois), repérage géographique des lieux de stage, organisation et apprentissage des transports, réservation de l'hébergement sur place. La qualité de la préparation d'un stage UEROS conditionne fortement les conditions dans lesquelles celui-ci va se dérouler.

Un important temps de travail en amont est donc indispensable qui n'est pas aujourd'hui assez développé. Cela nous a amené, par le passé, à interrompre plusieurs

stages, par exemple, parce que certains stagiaires se sont retrouvés dans une situation administrative trop difficile (problèmes financiers non prévus), mais aussi parce que, pour d'autres, n'avait pas été anticipé un manque d'autonomie pour les déplacements, ce qui les mettait en danger pour des raisons annexes au stage lui-même, mais qui le rendait trop anxiogène pour pouvoir être poursuivi dans de bonnes conditions.

Par ailleurs, comme on l'a vu, le délai d'attente entre la demande et l'entrée en stage peut parfois être de plus d'un an. Entre les premières démarches et l'arrivée effective à l'UEROS, aucun accompagnement de la personne et de son entourage n'est prévu : or, et c'est une évidence, le fait d'initialiser une telle démarche ne résout pas "magiquement" les problèmes, cela peut même parfois en créer de nouveaux. Il paraîtrait donc essentiel qu'en attendant d'un stage, les futurs stagiaires et leurs familles puissent bénéficier d'un espace d'accueil, d'écoute et de conseils, qui serait d'autant plus pertinent qu'il permettrait de préparer le stage, en mettant déjà en route certaines démarches et en organisant des mises en situations qui pourraient favoriser les apprentissages et la réflexion sur le projet d'avenir.

Pour ce qui concerne le suivi après stage, quatrième mission des UEROS selon la circulaire de référence, il n'a jusqu'alors bénéficié d'aucun financement spécifique. Il n'est donc actuellement que très marginalement organisé, en s'appuyant sur les ressources humaines présentes (annexe 6).

2.3.2.1.4 Une insuffisance de moyens pour l'élaboration et la validation de projet professionnel.

Dans un tout autre domaine, et parce que c'est aussi l'une des missions des UEROS, le Centre d'Orientation doit combler son insuffisance de moyens pour l'élaboration et la validation de projet professionnel.

En effet, pour beaucoup, la reprise d'une activité professionnelle est l'enjeu principal du stage. Aujourd'hui, ce domaine relève essentiellement des interventions de l'Éducateur Technique Spécialisé et, ponctuellement, du formateur de CPO. Or, l'élaboration et la validation d'un projet professionnel est un domaine spécifique très complexe qui relève de compétences hautement spécialisées, notamment en psychologie du travail : discipline ayant vocation à définir les intérêts professionnels et effectuer les évaluations psychométriques des capacités liées à tel ou tel projet. L'amélioration des prestations proposées dans ce domaine passe donc par la création d'un poste de psychologue du travail.

Par ailleurs, la réussite d'une insertion professionnelle étant souvent conditionnée à l'adaptation du poste de travail aux caractéristiques physiques et cognitives de la personne, une augmentation du volume actuel du poste d'ergothérapeute pourrait également améliorer le service rendu.

2.3.2.1.5 Des modalités de financement inappropriées

Enfin, les modalités de financement du Centre d'Orientation par prix de journées sont inappropriées aux missions de l'unité et au public accueilli. En effet, ce mode de financement est tributaire de la présence, dans les locaux de l'UEROS, des stagiaires, alors que ceux-ci, du fait de leur fatigabilité ou de la fluctuation de leur motivation, peuvent parfois subitement s'absenter plusieurs jours voire semaines. Ce mode de financement était, depuis déjà longtemps, dénoncé par l'ensemble des acteurs professionnels et associatifs. Cette question est désormais résolue, depuis la publication du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312 du code de l'action sociale et des familles et des établissements mentionnés au 2° de l'article L.6111-2 du code de la santé publique. En effet, ce décret permet le financement des UEROS par dotation globale, à compter de l'exercice 2004.

2.3.2.2 L'Équipe Mobile doit re-préciser ses missions pour mieux répondre aux besoins des usagers à domicile

2.3.2.2.1 Une confusion entre "évaluation" et "accompagnement"

Le principal reproche fait aujourd'hui à l'Équipe Mobile, par les traumatisés crâniens eux-mêmes et leur famille, mais aussi les membres de la CoTOrEP et des services sociaux, est une perception floue de ses missions : l'Équipe Mobile étant souvent confondue soit avec un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, soit avec un Service d'Aide à Domicile, alors qu'elle reste bien, en tant que composante de l'UEROS, une unité d'évaluation des capacités à domicile et d'élaboration de projet d'avenir.

Cette confusion est à l'évidence révélatrice des besoins des traumatisés crâniens qui n'ont pas tant le souhait d'être évalués au niveau de leurs (in)capacités et de leur autonomie à domicile, que de bénéficier d'un accompagnement spécifique dans les activités personnelles et sociales de leur vie quotidienne, ceci en regard de la particularité de leurs propres séquelles traumatiques. C'est donc moins d'une évaluation telle qu'elle peut être proposée par l'UEROS dont ont besoin les personnes et leurs familles que d'un accompagnement défini comme le fait de *"se joindre à quelqu'un pour aller avec lui où il*

va⁶², dans le cadre d'une démarche volontaire de la personne, sous l'angle de ses points forts, en misant sur ses capacités à développer son autonomie : capacités de choix, de construction de projet.

Ainsi, pour mieux répondre aux besoins d'interventions à domicile des traumatisés crâniens et de leurs familles, il me semble que l'Équipe Mobile doit évoluer vers des prestations d'accompagnement à domicile, qui doivent, certes, s'appuyer sur une évaluation des besoins des usagers, mais surtout leur apporter un accompagnement spécifiquement adapté à leur problématique, en terme d'aide à l'autonomisation, mais aussi d'informations et de conseils, autant pour les personnes elles-mêmes que pour leur entourage.

Pour ne pas alimenter la confusion, une telle Équipe Mobile modifiée devrait alors sortir du cadre de l'UEROS. Par contre, elle pourrait être mobilisée pour intervenir en complément et en appui des périodes d'évaluation UEROS, pour accompagner les personnes dans leurs apprentissages et réflexions, soit de façon directe, soit auprès de l'entourage.

2.3.2.2 Une articulation insuffisante entre les différents acteurs au service de la personne

L'articulation entre services médicaux, sociaux et médico-sociaux doit être améliorée, pour mieux garantir la cohérence de la continuité de la réinsertion sociale. En effet, la complexité de la prise en charge des traumatisés crâniens nécessite que le partenariat entre l'ensemble des acteurs professionnels impliqués soit des plus rapprochés. Il ne doit pas y avoir de rupture dans l'aide apportée aux personnes et à leurs proches. Actuellement, le manque de relations partenariales avec les centres hospitaliers et de rééducation fait qu'il n'est pas rare que des traumatisés crâniens quittent le secteur sanitaire sans réellement avoir entendu parler de structures comme la notre. Les quelques rencontres que je peux avoir avec les médecins de ces centres doivent être systématisées par des conventions de partenariat afin que très régulièrement, un lieu d'informations et de première prise de contact puisse être automatiquement proposé à la victime du traumatisme et sa famille : libre alors à eux de confirmer ou non ce premier contact.

Une telle démarche est d'autant plus importante qu'en général, en fin de rééducation, les personnes n'ont pas encore intégré ou accepté l'existence ou la persistance d'un handicap résiduel et que le recours aux services de la CoTOréP n'est pas, pour eux; de l'ordre de l'envisageable. Ces rencontres précoces permettraient donc de pouvoir expliquer

⁶² FUSTER P. et JEANNE P. *Dictionnaire de l'enseignement et de l'éducation spécialisé*. Paris : Bordas, 2001, 220 p.

la nécessité de constituer le plus rapidement possible un dossier de demande CoTOReP, avant même la sortie du centre de rééducation. Aujourd'hui, ces demandes sont le plus souvent faites après quelques mois de retour à domicile, ce qui, compte tenu des délais de traitement des dossiers CoTOReP, n'est guère compatible avec des demandes de prises en charge rapides de personnes et des familles.

2.3.2.2.3 Un manque de moyens d'évaluation des (in)capacités

Enfin, l'Équipe Mobile doit disposer de moyens d'évaluation des (in)capacités pour étayer l'appréciation des situations de handicap au fur et à mesure de l'évolution de chaque personne. En effet, l'absence actuelle d'interventions médicales, neuropsychologiques et ergothérapeutiques ne permet pas d'approfondir, de façon suffisamment réactive et importante, les évaluations, tant des personnes que de leurs besoins à domicile, ni d'ajuster au plus près les actions mises en œuvre : de telles interventions étant pourtant indispensables compte tenu de ce qu'on a vu des caractéristiques de traumatisés crâniens.

2.3.2.3 L'ensemble de l'UEROS manque de souplesse et de réactivité

Le Centre d'Évaluation et l'Équipe Mobile, qui ont les mêmes missions (évaluation, ré-entraînement, orientation et suivi), n'ont pas, en théorie, vocation à accueillir les mêmes personnes : cette différence se traduit par des orientations CoTOReP différentes : 1^{ère} section pour le Centre d'Orientation et 2^{ème} section pour l'Équipe Mobile. Or, si pour certains traumatisés crâniens (et pour leurs familles), il n'y a pas d'ambiguïté entre des interventions de l'Équipe Mobile) et celle du Centre d'Orientation, pour d'autres, la dissociation est beaucoup moins claire à certaines périodes de leur réinsertion. Une évaluation à visée de réinsertion sociale ou professionnelle peut tout à fait être ponctuée d'interruptions, par exemple pour une période d'acquisition de nouveaux savoir-faire au domicile, l'apprentissage de déplacements, la prise en charge d'un problème médical ou psychologique, le règlement d'un problème administratif (dossier CoTOReP, procédure d'indemnisation, ...). Cela nécessite que l'accès à la structure la plus appropriée (Centre d'Orientation ou Équipe Mobile) puisse être souple, réactive, en prévoyant des allers et retours.

Par ailleurs, ces orientations CoTOReP ne permettent pas au Centre d'Orientation d'intervenir au domicile des personnes pour préparer une future entrée en stage ou suivre les futurs bénéficiaires pendant la période d'attente avant un stage ou au cours d'une interruption pour raisons de santé par exemple. Elles ne permettent pas non plus à l'Équipe Mobile de mettre en place des activités ponctuelles de (re)socialisation dans les locaux de l'UEROS ou intervenir en appui social lors d'un essai de reprise de travail. Ainsi, dans

certaines situations, l'Équipe Mobile devrait pouvoir prendre le relais du Centre d'Orientation et inversement, afin de pouvoir alterner des temps d'évaluation en centre et des périodes d'accompagnement à domicile.

Enfin, l'UEROS ne peut paradoxalement pas intervenir pour des évaluations des usagers des autres établissements ou services d'Arceau Anjou, sans orientation CoTOReP. Or, il n'est pas rare, que pour certains usagers du Centre d'Aide par le Travail (CAT) ou du Centre d'Activités de Jour (CAJ), les équipes de professionnels formulent le souhait d'un avis extérieur pour se prononcer sur la pertinence d'un projet d'avenir, ce qui est bien la vocation des UEROS. Cette demande paraît d'autant plus justifiée que seule l'UEROS est pourvue en postes de médecin et de neuropsychologue. compte-tenu du cadre réglementaire actuel, la CoTOReP est amené à se prononcer pour des demandes de modification d'orientation, pas pour des procédures d'évaluation à visée d'élaboration de projet au sein d'un établissement particulier.

2.4 ADAPTER LES RÉPONSES POUR PERSONNALISER LES ÉVALUATIONS

2.4.1 La loi 2002-2 renforce les droits des usagers à bénéficier de prestations individualisées

La loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale est, selon Bauduret et Jaeger⁶³ un acte fondateur qui dépasse largement une simple révision de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, en assignant comme objectifs à ce secteur d'activités de promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté et la prévention des exclusions. Ce texte fixe quatre grandes orientations au secteur social et médico-social :

(1) Renforcer le droit des usagers en abandonnant une logique de protection qui maintient la personne handicapée dans une logique d'assistance et de dépendance aux institutions, pour aller vers une logique de promotion de la personne visant à développer ses potentialités d'insertion sociale,

(2) Rénover la gamme des établissements et services, promouvoir la diversification des modes et prises en charges et favoriser les expérimentations innovantes,

(3) Mettre en place des procédures de pilotage concernant la planification, l'évaluation et le contrôle des établissements,

⁶³ BAUDURET J.F. et JEAGER M. Rénover l'action sociale et médico-sociale : pour comprendre la loi du 2 janvier 2002. Paris : Dunod, 2002. 322 p.

(4) Coordonner les actions des différents acteurs et la coopération entre établissements par la mise en œuvre de conventions et de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Cette loi met donc l'accent sur le droit des usagers à pouvoir bénéficier de prestations adaptées, individualisées et de qualité, posant ainsi la question des moyens mis en œuvre pour apporter à chacun une réponse réellement adaptée à ses caractéristiques et besoins personnels, familiaux, sociaux et professionnels.

L'application de cette loi à la problématique des traumatisés crâniens, nécessite que les procédures d'évaluation et d'élaboration de projet soient adaptées à la particularité des besoins de cette population : parcours de réinsertion très longs, ponctués de phases successives d'évolution et de stagnation, prise en compte progressive des (in)capacités selon l'expérience, confrontations répétées à des situations multiples de handicap.

2.4.2 Les politiques publiques en faveur des traumatisés crâniens plaident pour davantage de personnalisation des prestations

2.4.2.1 Le gouvernement ré-affirme la nécessité d'un accompagnement adapté tout au long du parcours de vie

Dans son discours du 6 avril 2004, clôturant le colloque "Prise en charge des traumatisés crâniens et blessés médullaires par violence routière", M.A. Montchamp insiste sur le fait que l'accompagnement des traumatisés crâniens doit être conçu comme un accompagnement prolongé tout au long de leur vie. Cela sous-entend que chacun doit pouvoir bénéficier d'actions adaptées à sa situation, au moment où il en a besoin en fonction de l'évolution de sa propre problématique : ces besoins pouvant tantôt s'inscrire dans le cadre d'un accompagnement à domicile ou dans l'environnement de vie social ou professionnel, tantôt s'inscrire dans le cadre d'un établissement sanitaire ou médico-social ou dans une structure d'évaluation et d'élaboration de projet.

Ainsi, afin de pouvoir réellement adapter le service rendu, il convient donc de mettre en place les procédures d'évaluation nécessaires qui permettront de pouvoir cibler au mieux les besoins de l'utilisateur, en lien avec ses caractéristiques personnelles et celles de son environnement dans un espace géographique et temporel précis.

2.4.2.2 L'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens plébiscite une complémentarité ente UEROS et SAMSAH

Dans son article "Les UEROS et leur rôle dans le parcours des traumatisés crâniens", Barucq⁶⁴, Président l'UNAFTC, regrette l'absence d'uniformité des UEROS, au plan national, dans leur organisation et le manque de lien avec les familles. Si pour l'UNAFTC, l'expertise de ces structures est reconnue en terme de technicité des évaluations, le manque de solutions pour la suite est, pour une grande part, à l'origine d'une certaine déception. Par ailleurs, Barucq s'inquiète que, dans les faits, beaucoup d'UEROS ne puissent pas accueillir les blessés dépendants, faute de moyens (en locaux et en personnel). Enfin, l'impossibilité de pouvoir effectuer une partie de ces évaluations directement sur les lieux de vie des personnes en réduit le sentiment d'efficacité.

Au final, le Président de l'UNAFTC évoque le besoin de développer des Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH)⁶⁵ pour traumatisés crâniens en affirmant que si "*les UEROS constituent un outil utile voire nécessaire, ..., les SAMSAH pourraient avoir une appréciation plus réaliste des besoins des traumatisés crâniens à leur domicile*"⁶⁶. Ce souhait est exprimé au moment où est présenté par le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, le projet de décret du 28 janvier 2004, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées, qui fixe le cadre réglementaire de ces services.

2.4.2.3 Un décret de recadrage des UEROS en attente

Dans ce même article, Barucq évoque la perspective prochaine de publication d'un décret d'application fixant le cadrage réglementaire indispensable des UEROS : cette annonce faisant suite aux travaux des groupes de réflexion sur le bilan des politiques en faveur des traumatisés crâniens mis en œuvre au niveau de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins et de la Direction Générale de l'Action Sociale.

Sur la base du constat que l'expertise des UEROS fait désormais partie intégrante du paysage médico-social, elle reste "*toutefois limitée, pour l'essentiel, à une expertise initiale*

⁶⁴ BARUCQ J. Les UEROS et leur rôle dans le parcours des traumatisés crâniens. *Résurgences*, Décembre 2003, n° 28, pp. 8-11.

⁶⁵ Ces services que je ré-évoquerai longuement en troisième partie sont introduit par le projet de décret du 28 janvier 2004 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées.

⁶⁶ Barucq, Id.

d'une durée de trois mois environ, fondée sur le régime des centres de préorientation auxquelles les UEROS sont annexées. Il convient désormais de leur permettre d'assurer une expertise selon des modalités adaptées aux besoins de chaque individu et ce, au-delà de l'expertise initiale. Des formules d'expertise de différentes durées doivent être progressivement mises en œuvre". L'objectif final étant de favoriser l'idée d'une *"prise en charge temporaire sur des durées courtes et variables, séquentielle, à temps complet ou partiel, intervention à domicile ou dans le milieu de vie ordinaire"*.

2.4.3 D'une logique d'évaluation individualisée à une logique d'évaluation personnalisée

Les UEROS, si elles veulent véritablement répondre à la particularité des besoins de chaque personne accueillie, doivent donc avoir les moyens de proposer des programmes d'évaluation et d'élaboration de projet qui ne soient pas seulement individualisés, mais réellement personnalisés.

Cette distinction terminologique ne relève pas de la simple rhétorique sémantique, mais pose bien les bases d'un positionnement de la conception et de l'organisation de la pratique professionnelle auprès de l'utilisateur. En effet, comme le développe Loubat⁶⁷ à propos du projet, chacun de ces termes oriente vers des perspectives fort différentes qui peuvent aisément être transférées à la problématique de l'évaluation.

L'utilisation de terme "individualisé" renvoie à la notion d'individu (étymologiquement "ce qui ne peut être divisé"), tandis que "personnalisé" (du latin *persona*, "masque", et par extension "caractère", rôle") rend compte d'une singularité. Dans cette perspective, l'individualisation exprime l'action de réduire à une unité individuelle indivisible, alors que la personnalisation vise à identifier la singularité de la personne.

Du point de vue de la position sociale du sujet, le terme "individu" semble davantage se situer dans le cadre d'une revendication d'opposition au collectif (et donc plutôt dans un contexte politique), alors que le terme "personne" serait plus lié historiquement aux courants philosophiques et aux sciences humaines. Et Loubat de conclure que *"la personnalisation est beaucoup plus engageante que l'individualisation"*, parce qu'elle vise à l'adaptation des prestations de service à la singularité de chaque bénéficiaire : *"Ce n'est donc plus tant un usager qui est incorporé dans un établissement dont il doit épouser les règles de vie, qu'une*

⁶⁷ LOUBAT J.R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2002, 256 p.

*équipe institutionnelle qui se met au service d'un bénéficiaire en lui proposant une prestation adaptée à sa mission.*⁶⁸

Ainsi, pour ce qui concerne l'UEROS, il s'agit donc de passer d'une logique d'évaluation qui aujourd'hui est individualisée (dans la mesure où chaque personne bénéficie d'un programme pré-établi dans son contenu et sa durée avec des aménagements malgré tout possible, mais dans la limite du cadre imposé) à une logique d'évaluations personnalisées offrant la possibilité de mettre à la disposition des bénéficiaires des programmes réellement adaptés dans leur dynamique de construction, selon un contenu construit au fur et à mesure de l'évolution de chacun. Ces évaluations personnalisées doivent alors s'inscrire dans un espace de temps étendu, permettant qu'entre chaque étape du parcours de réinsertion, les progrès et actions nécessaires puissent être effectifs.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

L'évolution des politiques publiques en faveur des traumatisés crâniens a permis la mise en place des Unités d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS). Ces unités ont incontestablement contribué à améliorer les conditions de (ré)insertion de ces personnes, en leur proposant des programmes d'évaluation et d'élaboration de projet, spécifiquement conçus pour elles. Ceci étant, même si les UEROS font désormais partie intégrante du paysage médico-social, elles restent encore expérimentales et doivent être recadrées dans leurs missions et leur organisation afin de mieux répondre aux besoins des usagers qu'elles accueillent.

L'élaboration d'un nouveau projet de vie par le traumatisé crânien et son entourage doit pouvoir s'inscrire dans un cheminement progressif, souvent très long, qui doit prévoir une série d'alternances entre des périodes d'évaluation (des capacités de la personne et des exigences de son environnement) et périodes de conscientisation des capacités post-traumatiques à travers un vécu suffisamment prolongé d'activités de vie quotidienne.

Cela nécessite que chacun puisse bénéficier, en fonction de sa propre évolution, de temps ponctuels d'évaluations personnalisées, d'élaboration et de validation de projet, avec le soutien d'équipes pluridisciplinaires reposant sur une technicité éprouvée, et de temps de confrontation à sa nouvelle réalité dans son environnement personnel, également dans le cadre d'un accompagnement spécialisé.

⁶⁸ LOUBAT J.R. Le projet personnalisé ou l'engagement dû au bénéficiaire. *Les Cahiers de l'Actif*, Juillet/août 1998, n° 266/267, pp.57-70.

Comment est-il possible de faire évoluer l'actuel dispositif UEROS, notamment l'unité d'Arceau Anjou, afin de donner aux personnes accueillies, les moyens de réellement construire, étape par étape, sans contrainte temporelle, leur nouveau projet de vie, avec suffisamment de souplesse, pour que chacun s'y retrouve en fonction de ses propres caractéristiques personnelles et sociales ?

Je pense avoir montré que la personnalisation des processus d'évaluation est un pré-requis indispensable, mais elle ne doit pas rester isolée. Il paraît essentiel que de telles évaluations soient d'emblée conçues et inscrites dans un dispositif plus large d'accompagnement global du traumatisé crânien et de son entourage, afin de réellement leur proposer une filière sanitaire, sociale et médico-sociale cohérente et continue.

3 - LA MISE EN ŒUVRE DE PROCESSUS D'ÉVALUATION PERSONNALISÉE FAVORISANT LA CONSTRUCTION DU PROJET DE VIE

Le cadre réglementaire des UEROS et l'organisation de celle d'Arceau Anjou sont relativement rigides et ne permettent pas aujourd'hui de proposer les processus d'évaluation suffisamment personnalisée pourtant indispensables aux caractéristiques de traumatisés crâniens et à la réussite de leur réinsertion.

Le projet suivant vise à adapter le fonctionnement de l'UEROS d'Arceau Anjou pour mieux répondre aux besoins de cette population, en terme d'évaluation, sur des périodes ponctuelles ciblées sur des objectifs précis, et en terme d'accompagnement dans les activités de vie quotidienne, entre ces périodes d'évaluation. Cela nécessite de mettre en articulation :

(1) Un service d'évaluation, comme l'actuel Centre d'Orientation, mais restructuré pour passer d'une logique d'individualisation à une logique de personnalisation,

(2) Un service d'accompagnement à domicile, émanant de l'actuelle Équipe Mobile, mais repositionné dans le cadre des Services d'Accompagnement Médico-social pour personnes Adultes Handicapées,

(3) Un réseau partenarial favorisant une réelle articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

3.1 RESTRUCTURATION DE L'UEROS – CENTRE D'ORIENTATION : DES PROGRAMMES MODULAIRES ET PERSONNALISÉS SELON LES BESOINS DE CHACUN

3.1.1 Assouplir le cadre organisationnel pour personnaliser les processus d'évaluation

La prise en compte des caractéristiques des traumatisés crâniens nécessite de mettre en œuvre, au niveau du Centre d'Orientation, des programmes personnalisés plus souples et modulables, tant au niveau de leur contenu que de leur durée.

Les stages UEROS ne sont plus figés à 12 semaines, mais organisés sous forme de modules dissociés. Ces stages peuvent désormais s'inscrire sur plusieurs mois, voire plusieurs années, selon les besoins et l'évolution de chacun, les exigences et caractéristiques de chaque parcours d'insertion. Une telle organisation reste en cohérence avec les termes de la circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996, selon laquelle les

personnes victimes d'un traumatisme crânien devraient pouvoir bénéficier de stages UEROS d'"au moins trois mois avec possibilité de renouvellement", une même personne pouvant "également bénéficier des prestations de l'unité sous forme de séquences successives, en cas de nécessité."

Si l'accès en stage UEROS reste soumis à validation de la CoTOReP, la formulation de ces orientations devrait désormais être : **"Stage UEROS, d'une durée maximale de 6 mois, répartis sur 2 ans maximum"**. Cette proposition s'inspire du fonctionnement de l'UEROS de Vaux sur Aure (14). Cette UEROS, ouverte en 1998 est gérée par L'ADAPT, disposait lors de sa création, d'orientations pour 12 semaines. En 2000, elle a obtenu de la DDASS, la possibilité de faire bénéficier les stagiaires qu'elle reçoit, d'orientations "stage UEROS de 6 à 26 semaines, sur 2 ans maximum". Une réelle souplesse est donc possible, dans le cadre de négociations entre chaque structure gestionnaire et les DDASS de référence.

Pouvoir proposer à chaque traumatisé crânien un volume global d'évaluation de six mois répartis sur deux ans me semble constituer une première étape intéressante, même si à terme l'objectif pourrait être de répondre aux besoins d'évaluation, tout au long du parcours de vie, comme M.A. Montchamp l'a souhaité lors de son discours de clôture du colloque "Prise en charge des traumatisés crâniens et blessés médullaires par violence routière".

3.1.2 Des stages UEROS par modules dissociés

L'organisation des stages UEROS est désormais basée sur la modularité des programmes proposés à partir d'un "module de positionnement" commun à toutes les personnes accueillies, puis de modules spécifiques, répartis dans le temps selon les besoins de chacun.

3.1.2.1 Un "module de positionnement" comme base de toute évaluation

Ce module de positionnement est centré sur l'évaluation des (in)capacités et de leurs impacts en terme de situations de handicaps dans les actes de vie quotidienne, des points de vues médical, neuropsychologique, personnel, social et professionnel. Le contenu de ces évaluations est globalement le même que les évaluations faites jusqu'à présent en début de stage UEROS (voir partie II. Chapitre 2.4.1.). Ce module d'une durée de quatre semaines peut être complété, selon les besoins, d'une période de deux semaines en situation de travail (en milieu ordinaire ou protégé).

Au terme de ce bilan de positionnement, chaque stagiaire se voit proposer un parcours de stage personnalisé, sous forme de "Modules de Ré-entraînement" auquel il peut

accéder soit immédiatement, soit après une période d'interruption motivée, par exemple, par un problème médical, la nécessité de nouvelles acquisitions, un temps de maturation personnelle. Ce parcours de stage fait alors l'objet d'une procédure de contractualisation entre le stagiaire, son référent et le responsable de l'UEROS, en fonction d'objectifs précis, qui peuvent faire l'objet d'une réactualisation selon l'évolution du stagiaire.

3.1.2.2 Des "modules de ré-entraînement" adaptés aux besoins personnels

Les modules de "Ré-entraînement" sont proposés aux stagiaires selon leurs besoins et les priorités retenues en fin de "module de positionnement". Ils sont au nombre de trois : "module cognitif", "module social", "module professionnel". Selon les situations, certains stagiaires vont bénéficier d'un module prioritaire, suivi (directement ou non) d'un second voire d'un troisième, d'autres stagiaires vont avoir à leur programme de stages deux modules simultanés, suivis éventuellement d'un troisième si nécessaire (figure 5).

UEROS restructurée : stages pouvant aller jusqu'à 24 semaines réparties sur 2 ans

(1) Module de positionnement (4 semaines ou 6 si besoin d'une évaluation de 2 semaines en situation professionnelle).

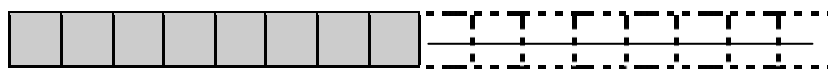


(plus 2 semaines de mise en situation professionnelle si nécessaire)

Interruption possible (avec suivi éducatif pendant l'interruption)

(2) Modules de ré-entraînement (total maximum de 18 semaines réparties selon les besoins sur une période de deux ans, avec suivi éducatif pendant les possibles périodes d'interruption).

- **Ré-entraînement cognitif (2 à 8 semaines selon les besoins)**



- **Ré-entraînement social (2 à 8 semaines selon les besoins)**



- **Ré-entraînement professionnel (2 à 8 semaines selon les besoins)**



(3) Module de préparation à la sortie (2 à 4 semaines selon les besoins)



Figure 5 : Nouvelle organisation des stages UEROS d'Arceau Anjou

L'objectif de cette organisation en modules dissociés de la période de ré-entraînement est donc de proposer un contenu de stage UEROS réellement personnalisé. À ce titre, toutes les configurations possibles de planification de ces modules doivent pouvoir être envisagées : module cognitif et/ou social et/ou professionnel. Ils sont également personnalisés dans leurs contenus et leurs durées, de deux à dix huit semaines. Ainsi, un stagiaire peut se voir proposer dans un premier temps un "module de ré-entraînement cognitif" uniquement ou associé à des éléments de "module social", puis quelques semaines ou mois plus tard, selon son évolution, un "module professionnel". Un autre n'aura peut-être pas besoin d'un "module social", mais d'un "module cognitif" afin d'optimiser des capacités de mémoire pour pouvoir aborder un "module professionnel".

Un "module de ré-entraînement cognitif " pour développer les capacités cérébrales. Ce module est plus particulièrement supervisé par la neuropsychologue du service. Il a pour vocation d'élaborer et mettre en oeuvre un programme de ré-entraînement cognitif spécifiquement adapté à la particularité du dysfonctionnement cérébral de chaque traumatisé crânien, en tenant compte des fonctions cognitives altérées et des fonctions préservées, sur la base d'un contrat d'objectifs à quatre perspectives possibles : (1) le rétablissement de la fonction cognitive altérée, (2) la facilitation ou réorganisation des processus cognitifs pour compenser la fonction déficitaire, (3) l'apprentissage de connaissances spécifiques par exploitation des capacités préservées et (4) la modification de l'environnement ou mise en place de compensations cognitives (aide-mémoire, repères spatiaux, etc.).

Un "module de ré-entraînement social" pour favoriser l'autonomie quotidienne . Ce programme est basé sur le ré-entraînement des gestes et activités de base de la vie quotidienne à travers des mises en situation concrètes dans les locaux d'Arceau Anjou, mais aussi dans l'environnement proche de l'UEROS (voire, pour des situations particulières, proche du domicile du stagiaire). Il implique différents professionnels (Educatrice spécialisée, Aide Médico-psychologique, ergothérapeute, psychomotricienne) qui organisent les actions proposées en fonction des difficultés spécifiques de chaque personne accueillie, notamment l'expression des troubles neuropsychologiques (de la mémoire, de l'organisation d'activités complexes, etc.).

Un "module de ré-entraînement professionnel" pour optimiser les capacités de travail. Ce programme d'élaboration, de validation, et/ou de finalisation d'un projet professionnel a pour objectifs : (1) La définition d'un ou de plusieurs domaines d'activités

professionnelles, (2) La confrontation des capacités à la réalité et aux exigences du milieu de travail, (3) L'ajustement du projet individuel.

Ce module s'organise autour de périodes d'un travail "théorique" individuel sur le projet, de mises en situations en milieu de travail (stages en entreprises de milieu ordinaire ou protégé, que ce soit en CAT ou en AP) mais aussi sur l'utilisation de tests d'apprentissage à l'autonomie, de séances de dynamique de groupe, etc. Il repose essentiellement sur les interventions du psychologue du travail (poste dont j'ai demandé la création dans le cadre de ce projet de re-structuration), de l'Educateur Technique Spécialisé et du formateur. Selon les circonstances, certains liens sont aménagés avec le "module social", par exemple pour des apprentissages de déplacement.

3.1.2.3 Un "module de Préparation à la sortie" pour organiser l'avenir

Chaque stage UEROS se termine par un "module de préparation à la sortie", d'une durée de 2 à 4 semaines qui a pour objectif de : (1) Confirmer et valider le projet le plus adapté à chacun, qu'il soit social et/ou professionnel, et de mettre en place d'éventuelles aides techniques ; (2) Définir le milieu de vie le mieux adapté (milieu ordinaire, milieu protégé), ainsi que les modalités de travail éventuel (temps plein, partiel, ...) ; (3) Définir et fixer les actions à réaliser dans les suites du stage ; (4) Identifier et contacter les partenaires de proximité les mieux aptes à poursuivre l'accompagnement et (5) Familiariser le stagiaire en voie d'insertion professionnelle avec les Techniques de Recherche d'Emploi.

Le **suivi après stage UEROS** est assuré par le référent du stagiaire pendant le stage à l'UEROS selon la problématique de chacun, sur une durée moyenne de 2 ans.

3.1.3 Un nouvel agrément pour une capacité globale d'accueil inchangée

L'agrément actuel de l'UEROS est de trente places par an⁶⁹. Compte tenu de la liste d'attente pour entrer en stage UEROS et au-delà du devenir de l'Équipe Mobile (voir chapitre 2 cette troisième partie), la capacité d'accueil de l'UEROS reste de 30 places, dans la mesure où à titre expérimental, je propose qu'elle puisse mettre en œuvre des procédures d'évaluations des personnes (cérébro-lésées ou non) accueillies dans les autres établissements ou services d'Arceau Anjou, dans une perspective d'évolution de leur projet de vie (ou d'élaboration d'un nouveau projet). En effet, un certain nombre de ces personnes (annexe 8) n'ont paradoxalement pas bénéficié, avant ou au moment de leur accueil par Arceau Anjou, d'évaluation approfondie de leurs (in)capacités et situations de handicap,

⁶⁹ Un agrément de vingt places pour le Centre d'Orientation et un de dix place pour l'Équipe Mobile

aucun autre établissement ou service d'Arceau Anjou ne disposant, par exemple, dans son personnel de poste de neuropsychologue. La durée de ces procédures d'évaluation sera adaptée, compte tenu de la connaissance déjà acquise des personnes concernées.

La capacité d'accueil de l'UEROS reste donc de 30 places par an :

- 25 places réservées à des demandes extérieures, comme actuellement,
- 5 places expérimentales pour des personnes accueillies dans les autres établissements et services d'Arceau Anjou.

Dans le cadre de la ré-organisation de l'unité, l'accueil des stagiaires, pour les "modules de positionnement" est organisé sur la base d'une entrée en stage tous les trois mois, accueillant en moyenne 7 stagiaires à chaque début de session (actuellement, compte tenu du ratio d'encadrement, l'accueil en stage UEROS se fait par groupes de 5 stagiaires).

3.1.4 L'amélioration des conditions d'accueil pour recevoir les personnes dépendantes

Compte tenu de cette nouvelle capacité d'accueil de l'UEROS, il nous faut envisager une augmentation de la capacité d'hébergement de 4 à 5 chambres en Résidence de Jeunes Travailleurs (RJT) : chambres à la charge de l'UEROS dans le cadre de la prise en charge des frais d'hébergement pour les stagiaires UEROS comme en Centre de Pré-Orientation.

Par ailleurs, comme je l'ai évoqué en seconde partie, ce mode d'accueil ne convient pas aux personnes les plus dépendantes (GOS 3). Il est donc nécessaire d'envisager une adaptation des conditions de leur accueil.

Dans cette perspective, j'ai proposé, aux services de la DDASS du Maine et Loire, de **créer un hébergement propre à l'UEROS** qui permette à la fois de conserver la richesse d'un accueil en RJT (insertion sociale dans un environnement de vie non protégé), tout en y incluant la présence de nuit de personnels (aides médico-psychologiques) intégrés à l'équipe pluridisciplinaire de l'UEROS.

La création de cet hébergement consiste pour l'UEROS à devenir locataire d'un logement collectif de 5 chambres en RJT : 4 réservées aux usagers, la 5^{ème} étant affectée à usage de bureau pour le professionnel de nuit. Pour un besoin global de 5 chambres, l'ensemble de l'hébergement proposé par l'UEROS est alors de 4 chambres en appartement collectif et une individuelle, le tout au sein du même Foyer de Jeunes Travailleurs.

Une première estimation du coût financier de cette hypothèse serait de 89 000 euros pour une année pleine : loyer de l'appartement : 24 000€/an, postes d'aides médico-psychologiques : 65 000 euros (pour une présence de 17h00 à 9h00, soient 15 heures par

jour, 4 jours par semaine, ce qui, entre les temps de présence auprès des usagers et temps de réunions, correspond à 2 ETP).

Si la création de cet hébergement induit un surcoût relativement important, elle permet d'élargir les possibilités d'accueil aux personnes les plus dépendantes et de mettre en œuvre une réelle prise en charge globale des personnes accueillies.

Cette re-structuration de l'UEROS - qui est encore une structure expérimentale et doit pouvoir prétendre à un statut définitif – devrait permettre, par présentation en CROSMS, de faire revalider ses missions et son mode de fonctionnement.

Si le respect des cadres réglementaires ne permet pas encore à l'UEROS de pouvoir proposer des périodes d'évaluation tout au long de la vie des traumatisés crâniens, comme l'a souhaité la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, ce projet de re-structuration permet malgré tout une sensible avancée qui, je l'espère, constitue une première étape vers la mise en œuvre d'une réelle personnalisation permanente de processus continus de régulation interactive.

3.1.5 Les ressources humaines de l'UEROS restructuré

L'équipe pluridisciplinaire de l'UEROS est renforcée par l'introduction de nouveaux professionnels et l'augmentation de volume de certains postes déjà pourvus (tableau 3) :

- Création d'un poste de directeur, de médecin psychiatre (prise en charge de troubles psychiques et du comportement), de psychologue du travail (élaboration des projets professionnels), ,

- Augmentation des postes de comptable, d'éducateur spécialisé (préparation sociale des admissions et suivi administratif des dossiers), d'aides médico-psychologiques (prises en charges des soirées et des nuits), d'ergothérapeute (développement des actions de compensation des incapacités dans les actes de vie quotidienne), de formateur (ré-entraînement "scolaire" et professionnel), de psychomotricienne (activités corporelles, spatiales).

Par ailleurs, cette augmentation globale du ratio de personnel (de 6,60 ETP actuellement pour le Centre d'Orientation et l'Équipe Mobile à 10,87 pour l'UEROS restructurée⁷⁰) me paraît nécessaire pour permettre :

⁷⁰ Pour ce qui concerne les personnels en contact direct avec les usagers, l'augmentation du ratio de personnel est de 5,55 ETP (pour le Centre d'Orientation et l'Équipe Mobile) à 8,75 ETP (pour l'UEROS restructurée), soit une augmentation de 3,2 ETP, incluant 2,00 ETP de personnels de nuits.

(1) la mise en œuvre de réelles prises en charge personnalisées. En effet, compte tenu du ratio initial de personnel et depuis la mise en œuvre de la loi sur les 35 heures, les professionnels ne sont souvent que deux présents en même temps, auprès d'un groupe de cinq stagiaires. Cela n'est pas compatible avec un travail personnalisé, qui nécessite de nombreux temps de prise en charge individuelle. Cela n'est pas compatible non plus avec la sécurité des usagers et des salariés, en cas de troubles du comportement : violence de certains stagiaires, blessures ou fugues qui ne sont pas rares. Il arrive fréquemment que ces phénomènes de crises nécessitent l'intervention de deux professionnels pour un même stagiaire, ce qui laisse le reste du groupe livré à lui-même.

(2) l'augmentation de la fréquence des réunions d'équipe (une par semaine au lieu de deux par mois jusqu'à présent), afin de renforcer le travail d'élaboration des projets de chaque stagiaire.

Poste	ETP
Directeur	1,00
Comptable	0,42
Secrétaire	0,70
Total administratif	2,12
Coordinateur	0,50
Neuropsychologue	0,50
Médecin Neurologue	0,10
Médecin Psychiatre	0,10
Aide médico-psychologique (jour)	1,60
Aide médico-psychologique (nuit)	2,00
Éducateur Spécialisé	1,00
Éducateur Technique Spécialisé	0,80
Ergothérapeute	1,00
Formateur	0,15
Psychologue du travail	0,20
Psychomotricien	0,80
Total médico-social	8,75
TOTAL GÉNÉRAL	10,87

Tableau 3 : Équipe de professionnels de l'UEROS re-structurée.

3.1.6 La participation des professionnels de l'UEROS au processus d'adaptation de la structure

La modification structurelle de l'UEROS ne doit pas relever d'une simple réorganisation des programmes proposés aux stagiaires accueillis, elle doit également s'accompagner d'un ajustement coordonné des pratiques professionnelles. En effet, la personnalisation des processus d'évaluation nécessite un renforcement continu de l'adaptation et des qualifications professionnelles, afin de pouvoir apporter une réponse toujours plus technique et spécifique en regard de la situation de chacun : *"respecter l'utilisateur dans ses droits, nécessite de lui offrir des intervenants qualifiés qui sauront par leur formation, leur expérience, leur savoir-être, répondre de manière adaptée"*⁷¹.

Dans cette perspective, la stratégie de management que j'entends renforcer, consiste à développer deux axes directeurs :

(1) renforcer et valoriser les rôles professionnels par la mise en oeuvre d'un plan pluriannuel de formation,

(2) poursuivre l'auto-évaluation de la qualité des services rendus au-delà des injonctions de la loi 2002-2.

Je tiens à ce que ce travail soit mené en favorisant au maximum la participation des professionnels, dans la mesure où je suis convaincu que manager, *"c'est avoir pour objectif de faire travailler ensemble, dans un but commun, un certain nombre de personnes."*⁷²

3.1.6.1 Renforcer et valoriser les rôles professionnels par la mise en œuvre d'un plan pluriannuel de formation

Personnaliser le service rendu nécessite la conviction que *"les équipes pluridisciplinaires doivent faire preuve d'une flexibilité suffisante pour s'adapter à chacun et adapter des géométries éducatives variables."*⁷³ Pour cela, j'envisage de reprendre avec les professionnels de l'UEROS, le travail que j'ai mené avec eux au cours des années 2001/2002, de descriptions de chaque poste au sein de l'unité, afin de les réactualiser en prenant en compte les nouvelles modalités de fonctionnement du service. Ce travail permettra de redéfinir les missions et rôles de chaque professionnel en regard de sa fonction

⁷¹ JANVIER R. et MATHO Y. Mettre en œuvre le droit des usagers. 2^{ème} Edition. Paris : Dunod, 2002, 214 p.

⁷² DOBIECKI B. Diriger une structure d'action sociale aujourd'hui : valoriser les ressources humaines. Paris : ESF Editeur, 1998. Chapitre 1, Fonction de Direction ou direction de la fonction, pp. 27-66.

⁷³ LOUBAT J.R. Le projet personnalisé ou l'engagement dû au bénéficiaire. *Les Cahiers de l'Actif*, Juillet/août 1998, n° 266/267, pp.57-70.

propre, mais aussi de ré-aborder la question de la complémentarité des pratiques dans le cadre du travail pluridisciplinaire.

Ce dernier nécessite des "réunions interprofessionnelles"⁷⁴, conçues comme de véritables instances de production du projet personnalisé, afin de vérifier comment circulent et s'organisent les informations, comment s'articulent les divers praticiens dont les pratiques et les langages sont si différents. Ces réunions, pas assez nombreuses aujourd'hui, seront donc retravaillées dans leur contenu et leur organisation, afin que la situation de chaque stagiaire puisse être abordée chaque semaine, en regard du projet défini pour chacun et des évènements survenus les jours précédents.

L'adaptation des personnels aux changements organisationnels et aux évolutions tant des usagers que de la société, nécessite qu'ils puissent bénéficier des formations qui leur permettront de répondre toujours mieux aux exigences de leur travail et de se sentir bien dans leur pratique professionnelle. *"L'idéal de la promotion sociale par la formation est profondément ancré dans la tradition française."*⁷⁵ La formation, que l'on peut définir comme *"l'ensemble des dispositifs (pédagogiques) proposés aux salariés afin de leur permettre de s'adapter aux changements structurels et aux modifications de l'organisation du travail impliqués par les évolutions technologiques et économiques, et de favoriser leur évolution professionnelle."* est un *"extraordinaire levier de développement de l'entreprise et des compétences de tout salarié"*⁷⁶

Pour ma part, il me semble qu'il ne serait pas cohérent de plaider pour la Valorisation des Rôles Sociaux des usagers que nous accueillons, sans mettre en œuvre, en parallèle, une politique volontariste de valorisation des rôles professionnels. Comme Miramon, Couet et Paturet⁷⁷, je considère que *"la politique de formation des personnels salariés représente un atout majeur au service du projet d'un établissement"*. Dès lors, elle m'apparaît une priorité à développer, d'autant plus que le plan de formation s'impose comme un outil particulièrement important de management interne. C'est dans cette optique que depuis quelques années déjà, j'ai défendu auprès de la Direction Générale d'Arceau Anjou, une politique de formation visant à améliorer les connaissances que peuvent avoir les professionnels du public accueilli par l'unité et à développer les outils de leur pratique quotidienne, en terme de conduite d'entretiens, d'écrits professionnels, de maîtrise de l'outil informatique, etc. (annexe 9).

⁷⁴ LOUBAT J.R. Id.

⁷⁵ PERETTI J.M.J Gestion des ressources humaines. 11^{ème} Edition. Paris : Vuibert, 2003. Chapitre 4. Le développement humain et social, pp.191-263.

⁷⁶ CITEAU J.P. *Gestion des ressources humaines : Principes généraux et cas pratiques*. 2^{ème} Edition. Paris : Armand Colin, 1997. Chapitre V. La formation, pp.85-98.

⁷⁷ MIRAMON J.M., COUET D. et PATURET J.B. *Le métier de Directeur : techniques et fictions*. Rennes : ENSP EDITEUR, 1992. Troisième partie, Chapitre 3, Ressources Humaines, pp. 165 – 176.

Deux changements importants ont eu lieu dans l'organisation de la formation au sein d'Arceau Anjou au cours des deux dernières années.

- Le premier est lié à l'intégration de la structure à la Mutualité française Anjou-Mayenne (MfAM) avec pour conséquence que, désormais, le plan de formation n'est plus seulement validé par la seule Direction Générale d'Arceau Anjou, mais par celle de la MfAM qui y introduit ses propres orientations et priorités : ainsi, pour 2004, la Direction de la MfAM a engagé un programme de formation au management destiné aux cadres de l'ensemble des établissements et services. Cette nouvelle organisation, introduit donc de nouvelles contraintes (tenir à la fois compte des objectifs de chaque structure et de ceux de la MfAM) : elle doit être expliquée et intégrée par tous les salariés, afin qu'elle ne soit pas à l'origine de frustration dans les projets individuels ou de service.

- Le second changement est plus récent et tient à la mise en œuvre de la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004, relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, dont l'objectif est de faciliter l'accès de tous à la formation, notamment les salariés les moins qualifiés et les salariés des petites entreprises et promouvoir la co-responsabilité de l'entreprise et du salarié dans le développement des compétences en garantissant, en complément de l'obligation collective de l'entreprise, un accès individuel à la formation.

Cette loi introduit une modification en profondeur de l'organisation des plans pluriannuels de formation en déclinant de nouveaux moyens d'accès à la formation :

- Une configuration nouvelle du plan pluriannuel de formation avec trois catégories d'actions : actions d'adaptation au poste de travail, actions liées à l'évolution des emplois ou qui participent au maintien dans l'emploi et actions de développement des compétences.

- La création du Droit Individuel à la Formation (DIF).

- La création de périodes de professionnalisation.

- La création du contrat de professionnalisation.

- Une augmentation légale de la contribution à la formation professionnelle.

Il nous faut donc rapidement intégrer cette nouvelle loi et adapter notre mode d'organisation des plans de formation, afin de mieux apprécier la nature des différentes demandes et planifier les actions demandées par les salariés et celles qui sont nécessaires à l'amélioration de la qualité des services rendus par l'unité.

Au niveau de l'UEROS, j'entends fixer deux priorités pour les formations des années à venir :

(1) Les formations individuelles qui auront pour vocation de renforcer la qualification des professionnels et leurs outils d'évaluation et d'élaboration de projet. Cet axe me semble

tout particulièrement important pour ce qui concerne la dimension des projets professionnels de stagiaires de l'UEROS.

(2) Des formations collectives orientées dans deux directions :

- Une première, liée aux spécificités du public accueilli, vise à permettre une plus grande compréhension et une meilleure gestion des troubles du comportement, troubles si fréquents en pratique quotidienne et qui, malgré l'expérience, comportent un aspect toujours très anxiogène pour les professionnels.

- Une seconde, davantage liée aux outils de travail, basée sur les écrits professionnels, afin de permettre à l'ensemble de l'équipe de s'interroger sur sa propre pratique, tant au niveau des écrits internes (un travail sur les prises de notes personnelles, les compte-rendus de réunions étant également l'occasion de réfléchir à la nature et à l'organisation des dossiers de chaque usager), que des écrits externes (les compte-rendus de stages UEROS, remis aux stagiaires, aux CoTOReP, voire à certains services médicaux ou sociaux, devant sans cesse être analysés, car, d'une part, ils sont le témoin du travail de l'unité et, d'autre part, ils engagent l'avenir des personnes accueillies).

Mais, pour garder tout son sens, toute politique de formation doit s'accompagner de moyens effectifs d'évaluation des personnels qui doivent être formalisés, par des procédures précises visant à *"formaliser le cadre du lien contractuel et de subordination; permettre à chaque salarié de se repérer, d'être apprécié et de se promouvoir; préparer le cadres des évolutions individuelles par des mesures de progrès appropriées; assurer une fonction diagnostique des compétences et analyser le potentiel d'une institution; mettre en œuvre la responsabilité des cadres dans la gestion des personnels."*⁷⁸

C'est dans cette perspective que j'ai proposé au Directeur Général d'Arceau Anjou que soit menée dans les mois à venir, une réflexion au sein des différents établissements et services de la structure, afin de mettre en place, dès l'année 2005, des entretiens individuels avec chaque salarié, menés par le responsable hiérarchique direct : ces entretiens devant s'inscrire dans une cohérence globale à la fois au niveau d'Arceau Anjou, mais également au niveau de la Mutualité française Anjou-Mayenne, avec la difficulté que cette dernière regroupe des structures aux vocations multiples (marchandes ou non marchandes) qui dépendent de conventions collectives différentes⁷⁹.

⁷⁸ LEFEVRE P. *Guide de la fonction Directeur d'établissement social et médico-social : Responsabilités et compétences, Environnement et projet, Stratégies et outils*. Paris : Dunod, 1999. Chapitre 5, La gestion des ressources humaines, pp. 191 – 264.

⁷⁹ A titre d'exemple, dans le cadre de certains activités marchandes, comme les magasins d'optique, la convention collective de la Mutualité prévoit une prime d'intéressement sur objectif. La finalité des entretiens annuels d'évaluation est donc toute différente pour les salariés dépendant de la convention collective nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966, pour lesquels un tel intéressement n'est pas envisageable.

Ceci étant, au-delà de ces contraintes, la mise en œuvre de ces entretiens me paraît désormais incontournable. Centrés sur l'analyse de la pratique professionnelle de chaque salarié, ils permettent d'évoquer la place de chacun dans le service, de fixer des objectifs individualisés à réaliser à moyen terme et d'aborder les perspectives de carrière. *Ces entretiens, structurés de manière identique, ont l'avantage de fournir des éléments objectifs de connaissance des différents collaborateurs. Ils permettent de clarifier les relations sur des critères techniques et professionnels. Ils réduisent ainsi le poids des relations informelles et affectives*⁸⁰. Ils permettent par ailleurs de dégager une analyse prospective des besoins de formations.

3.1.6.2 Poursuivre l'auto-évaluation de la qualité des services rendus au-delà des injonctions de la loi 2002-2

Le fonctionnement de l'UEROS est régulièrement interrogé lors des réunions de service en équipe sur la base de l'analyse du déroulement des stages et des conditions de la pratique des professionnels. Mais, au-delà de ce travail continu, la démarche d'auto-évaluation initiée au cours de l'année 2001, à titre expérimental au sein de l'UEROS, à l'initiative du Directeur Général, sur la base d'une réflexion centrée autour d'un "schéma de cohérence" a eu pour objectif de veiller à l'adéquation entre les besoins des personnes accueillies et la réponse à ces besoins. J'ai donc, dès l'été 2001, amené l'équipe de l'UEROS à s'interroger sur six questions : **Qui** (caractéristiques des personnes accueillies), **pourquoi** (ensemble de leurs besoins auxquels le service doit répondre), **quoi** (les activités proposées en regard de ces besoins), **où** (caractéristiques des lieux et des moments où se déroulent les activités), **comment** (la manière de vivre ces activités) et **avec qui** (identification des intervenants et de leurs rôles) ?

Cette démarche a permis de mieux connaître le fonctionnement du service et a été rapidement étendue à l'ensemble d'Arceau Anjou, avec la mise en place d'un "Comité de Pilotage de la démarche qualité", constitué de quinze personnes représentatives de l'encadrement et des professionnels des différents établissements et services : comité supervisé par un Groupe Opérationnel (trois représentants des personnels, le Directeur Général, le Directeur de l'Unité d'Insertion Professionnelle et moi-même).

⁸⁰ MIRAMON J.M., COUET D. et PATURET J.B. Le métier de Directeur : techniques et fictions. Rennes : ENSP EDITEUR, 1992. Troisième partie, Chapitre 3, Ressources Humaines, pp. 165 – 176.

A la fin de l'année 2001, le Comité de Pilotage a bénéficié d'une formation d'une semaine à la démarche qualité⁸¹ et a mené un travail de formalisation de la "Charte Arceau Anjou". En 2002, il poursuit sa réflexion sur le projet institutionnel du fait de l'intégration d'Arceau Anjou à la Mutualité française Anjou-Mayenne.

Au cours de l'année 2003, ce comité a eu pour mission de diffuser, au niveau de l'ensemble des salariés, les principes de cette démarche, en même temps que le Groupe Opérationnel s'appropriait les termes de la loi 2002-2 et fixait les objectifs de mise en œuvre de ses préconisations : formalisation des projets d'établissement et validation des livrets d'accueil (juin 2004), écriture des règlements de fonctionnement (décembre 2004), généralisation des Conseils à la Vie Sociale (juin 2005), finalisation de protocoles de projet d'accompagnement personnalisé (décembre 2005). Ce planning prévisionnel s'est par la suite modifié en fonction, d'une part du rythme de chaque établissement ou service et, d'autre part, de la parution des décrets d'application de la loi 2002-2. Au-delà de la mise en place de ces outils, chaque établissement et service d'Arceau Anjou doit poursuivre sa propre démarche afin de préparer l'échéance de la première auto-évaluation, qui selon les termes de la loi doit avoir lieu tous les cinq ans.

3.1.6.3 La finalisation des outils destinés à garantir l'exercice des droits des usagers

Le respect des droits des usagers n'est pas une dimension nouvelle introduite par la loi du 2 janvier 2002, mais comme le dit Deye⁸², à propos de cette loi : *"Révolutionnaire ? Sans doute pas. Mais l'inscription dans la loi 2002/2 de dispositions permettant de respecter les droits des usagers et, de ce fait, leur caractère obligatoire vont en transformer singulièrement le sens et la portée."* Ainsi, chaque établissement doit désormais mettre en place les outils destinés à garantir l'exercice des droits ré-affirmés : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le contrat de séjour, le recours à un médiateur, le conseil à la vie sociale, le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement.

La **charte des droits et libertés de la personne accueillie** (arrêté du 8 septembre) a été, dès sa parution, portée à la connaissance des professionnels de l'Unité d'Évaluation et affichée pour être vue de tous les usagers. Mais, l'expérience montre que ces derniers sont peu nombreux à la lire et comme cela est précisé par la loi, elle sera annexée au carnet de stage remis à chacun à son arrivée à l'UEROS. Ce dernier, mis en place depuis l'ouverture

⁸¹ Cette formation, animé par un intervenant extérieur (le Professeur Robert Flynn, Psychologue au Centre de Recherche sur les Services Communautaires de l'Université d'Ottawa au Canada) avait pour objectif d'initier une démarche d'élaboration d'un outil d'évaluation de la qualité des prestations propre à Arceau Anjou.

⁸² DEYE M. Droits de usagers : le chemin enfin balisé. *Direction(s)*, janvier 2004, n° 4, pp. 24-26.

de l'UEROS, préfigure le **livret d'accueil**, tel qu'il est fixé par la circulaire n° 138 DGAS du 24 mars 2004. il est constitué de deux parties :

- Une présentation de l'UEROS : ses missions, son organisation, les prestations proposées, les professionnels qui y travaillent, son règlement intérieur.

- Une partie réservée à la synthèse de stage (que le stagiaire et son référent vont constituer au fur et à mesure du stage) : éléments du bilan intermédiaire, priorités du programme de ré-entraînement, éléments principaux intervenus en cours de stage, bilan final et actions à mener dans les suites du stage. Cette partie peut servir de base à la réflexion sur la constitution du **contrat de séjour**, dans la mesure où elle pose les bases contractualisées des objectifs de stage et des actions mises en œuvre.

Dans le cadre de groupes de travail constitués sur la base d'une appropriation collective de la Loi 2002-2, j'ai confié à deux salariés de l'UEROS (l'éducatrice spécialisée et l'éducateur technique spécialisé), la mission de retravailler le fond et la forme de ce carnet, afin que ce carnet de stage soit conforme aux décrets de référence, dès le mois de septembre 2004.

Deux autres professionnels (l'ergothérapeute et la neuropsychologue) ont, pour leur part, la charge de travailler à la rédaction du **règlement de fonctionnement** de l'unité, en basant leur réflexion sur le décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 du règlement de fonctionnement institué par l'article L.311-7 de code de l'action sociale et des familles. L'objectif fixé est que le texte proposé puisse être retravaillé en équipe pour être soumis à validation en 2005, comme cela est prévu, aux instances représentatives du personnel, au Conseil à la Vie Sociale et au Conseil d'Administration de la Mutualité française Anjou-Mayenne.

Enfin, pour ce qui concerne le **projet de service**, sa rédaction est pour le moment transférée, afin que sa formulation puisse prendre en compte l'ensemble des modifications liées à la restructuration de l'UEROS, ceci dès que ce projet sera définitivement validé par l'ensemble des instances compétentes, tant en interne de la Mutualité française Anjou-Mayenne, qu'en externe par la DDASS.

3.1.7 L'implication des usagers : un Conseil à la Vie Sociale adapté aux caractéristiques de l'UEROS

Le décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil à la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 322-6 du code de l'action sociale et des familles précise la composition et les compétences de cette instance. Compte tenu du fonctionnement de l'UEROS, il paraît difficile de mettre en place un Conseil à la Vie Sociale à proprement parler. Ceci étant, la participation des usagers et des personnels au

fonctionnement du service doit malgré tout être renforcée, sur la base de deux outils déjà mis en place : (1) les questionnaires de fin de stage auquel les stagiaires sont invités à répondre avant leur départ du service (annexe 10) et (2) les réunions de libre expression des salariés.

Pour ce qui concerne les **questionnaires de fin de stage**, j'ai confié à deux professionnels (l'aide médico-psychologique et la psychomotricienne), la charge de réfléchir à une adaptation de cet outil, afin qu'il soit compatible avec le décret de référence et qu'il puisse également être soumis aux familles des personnes accueillies : l'objectif étant de mettre en œuvre la nouvelle version de ce questionnaire à partir du stage UEROS débutant fin septembre 2004.

Les **réunions de libre expression des salariés** existent au sein d'Arceau Anjou depuis plusieurs années. Elles réunissent les salariés par établissements et services et sont organisées en deux temps : les salariés entre eux, puis avec l'encadrement. L'objectif de ces réunions est bien d'aborder le fonctionnement du service et non de se substituer aux rôles des différentes instances du personnel. Ces réunions, dont la périodicité n'est pas toujours régulière, seront à l'avenir organisées de façon systématique deux fois par an et leur objectif sera re-précisé en regard du décret relatif au Conseil à la Vie Sociale.

Par ailleurs, j'ai décidé d'animer, à partir du dernier trimestre 2004 et ceci une fois par trimestre (périodicité correspondant globalement à une période de stage UEROS), une rencontre réunissant les salariés et les stagiaires présents, afin d'aborder toutes les questions relatives au fonctionnement de l'unité.

Enfin, afin de mieux répondre aux besoins des familles, en terme d'informations mais aussi d'expression de leurs difficultés, deux pistes de réflexion méritent d'être approfondies à l'avenir :

- des rencontres régulières avec les Associations de Familles de Traumatisés Crâniens, voire avec d'autres associations comme l'association des aphasiques ou celle de familles d'épileptiques,
- la mise en place d'un groupe de paroles, animé par un psychiatre ou un psychologue, réunissant les familles de personnes reçues par l'UEROS.

3.1.8 Budget prévisionnel de l'UEROS restructurée

Le Budget prévisionnel de l'UEROS restructurée (en année pleine) a été élaboré en tenant compte du budget actuel de l'unité, en l'adaptant aux besoins du nouveau service, notamment en personnel. Les dotations prévisionnelles aux amortissements (tableau 4) ont été calculées en fonctions des immobilisations actuelles (et du renouvellement de certaines,

en particulier d'informatique et de mobilier), auxquelles s'ajoute l'achat d'un véhicule supplémentaire de 11 000 €, amortissable sur 5 ans.

(€)	2005	2006	2007	2008	2009
Anciens amortissements					
Instal. Agenc. Aménag.	2 139,72	1 523,63	1 523,63	1 498,26	1 388,90
Matériel de transport	2 772,48	2 213,48	2 213,48	2 213,48	1 791,02
Matériel Bureau Informatique	2 770,06	3 096,63	2 899,59	470,99	
Mobilier	1 492,64	1 492,64	1 492,64	1 200,26	162,61
Autres immobilisations corpor.	793,93	793,93	655,09		
Total	9 968,83	9 120,31	8 784,43	5 382,99	3 342,53
Nouveaux amortissements					
Matériel de transport	2 200	2 200	2 200	2 200	2 200
TOTAL GÉNÉRAL (arrondi)	12 169	11 320	10 984	7 583	5 543

Tableau 4 : Tableau d'amortissements de l'UEROS restructurée sur 5 ans

Le récapitulatif global du Budget Prévisionnel de l'UEROS restructurée (tableau 5), ainsi que le détail de la masse salariale prévue pour le personnel du service, sont détaillés en annexe 11.

RECAPITULATIF DU BUDGET PREVISIONNEL DE L'UEROS RESTRUCTUREE (€)	
TOTAL GROUPE I	19 628
TOTAL GROUPE II	523 320
TOTAL GROUPE III	80 224
TOTAL GÉNÉRAL	623 172

Tableau 5 : Récapitulatif du budget Prévisionnel de l'UEROS restructurée

3.2 DE L'ÉQUIPE MOBILE À UN SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL POUR PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES

3.2.1 Redéfinir les missions et le cadre réglementaire de l'Équipe Mobile pour mieux répondre aux besoins des usagers

On l'a vu, les missions de l'Équipe Mobile restent encore trop confuses. En effet, si elle est certes l'objet de demandes d'évaluations et d'aides à l'élaboration de projet, les usagers sont surtout demandeurs d'accompagnement dans les activités de vie quotidienne à

leur domicile et dans leur environnement social. Dans ces conditions, il convient d'étendre l'habilitation de cette unité en lui permettant d'associer à la mission d'évaluation, celle de l'accompagnement éducatif et du soutien aux réseaux de proximité (structures de soins médicaux et paramédicaux, secteur associatif, ...). De fait, l'association de ces deux types de missions correspond aux champs de compétences des Services d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées (SAMSAH) telles qu'elles sont décrites dans le projet de décret du 28 janvier 2004 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (annexe 12).

Ainsi, comme le souhaite le Président de l'UNAFTC, "*ces services permettront aux Equipes Mobiles ou aux Services Relais de trouver enfin une base réglementaire*"⁸³. L'évolution de l'UEROS – Équipe Mobile vers un SAMSAH semble donc légitime et fait partie intégrante du projet d'évolution générale de l'UEROS.

Depuis, la Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires, prévoit la création de SAMSAH pour traumatisés crâniens.

Le SAMSAH d'Arceau Anjou s'inscrit dans le cadre des établissements et services prévus dans le cadre de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui prévoit un large éventail d'accompagnements notamment par des équipes mobiles favorisant le maintien en milieu ouvert des handicapés adultes et qui favorise le développement d'expérimentations souples d'établissements ou de services n'entrant pas dans la liste fixée par le texte : ces expérimentations peuvent être entreprises au plan national, ou à un niveau déconcentré, voire décentralisé, selon un régime conventionnel souple afin de promouvoir des prises en charge innovantes.

3.2.2 La mutualisation des missions et moyens humains de l'UEROS – Équipe Mobile et du SAVS d'Arceau Anjou au service du SAMSAH

Le projet de création d'un SAMSAH a une double origine au sein d'Arceau Anjou : ma propre réflexion sur le devenir de l'Équipe Mobile et celle de la Directrice de l'Unité d'Insertion Sociale à propos de l'analyse du fonctionnement du Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS).

⁸³ Propos de Barucq, président de l'UNAFTC, rapportés dans le compte-rendu du rapport moral de l'Assemblée Générale de l'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatés Crâniens tenue à Marseille les 19 et 20 mars 2004.

Le SAVS est habilité aide sociale et peut suivre 28 personnes en situation de handicap, exerçant des activités sociales et/ou professionnelles dans un des établissements d'Arceau Anjou. Il a pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes par un accompagnement adapté favorisant leur intégration sociale, le maintien de leurs liens familiaux et sociaux et facilitant une participation sociale active, en proposant les prestations suivantes : (1) Evaluation des besoins d'accompagnement et des capacités d'autonomie, (2) Identification de l'accompagnement et des aides à apporter dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne aux plans personnel, domiciliaire et social, (3) Suivi et coordination des actions avec l'environnement familial et social, (4) Accompagnement éducatif et soutien psychologique, Les interventions de ce service sont uniquement assurées par 2,13 ETP d'éducateurs spécialisés et 0,10 ETP d'aide médico-psychologique. L'analyse du fonctionnement de ce service met en évidence un manque de moyens en ressources d'évaluation et d'accompagnement médical et para-médical des usagers accueillis.

Le projet de SAMSAH s'inscrit donc dans une perspective de mutualisation et de développement des deux services (Équipe Mobile et SAVS) : cette mutualisation permettant d'associer des compétences éducatives et médico-sociales, comme le prévoit le cadre des SAMSAH : personnel éducatif du SAVS et personnel éducatif et auxiliaires médicaux de l'Équipe Mobile.

3.2.3 La création du SAMSAH d'Arceau Anjou : accompagner l'utilisateur mais aussi son entourage

En juin dernier, en accord avec le Directeur Général d'Arceau Anjou et la Directrice de l'Unité d'Insertion Sociale, j'ai adressé à la DDASS⁸⁴ et à la DDSS, un dossier de demande de création d'un SAMSAH pour traumatisés crâniens.

En effet, bien que le projet de décret du 28 janvier 2004 relatif aux SAVS et aux SAMSAH, ne soit pas définitif, ceux-ci services sont mentionnés dans les Circulaires du 18 juin 2004 (filiale de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires) et CIR-24/2004 (forfait annuel global de

⁸⁴ La DDASS du Maine et Loire est impliquée depuis le début de l'année 2004 dans ce type de projet, puisque dans un courrier, adressé au Directeur Général d'Arceau Anjou en février, le DDASS précisait que la région des Pays de Loire bénéficiait pour cette année " d'une dotation de 6 332 045 euros pour les publics spécifiques (autistes, polyhandicapés, traumatisés crâniens, personnes handicapées vieillissantes, personnes handicapées psychiques) et pour créer un SAMSAH". Ces services ont par ailleurs été longuement évoqués dans le cadre des travaux préparatoires au Schéma départemental prévu à l'Article L.312.5 du Code de l'action sociale et des familles, qui sur le département du Maine et Loire est en cours d'élaboration pour les années 2005 à 2010, pour les enfants et adultes en situation de handicap.

soins pour les foyers d'accueil médicalisés et les SAMSAH). Il est donc tout à fait possible d'envisager d'ores et déjà la création d'un tel service, ne serait-ce qu'à titre expérimental dans l'attente du décret définitif.

Compte tenu des habilitations actuelles (10 places par an pour l'Équipe Mobile et 28 places pour le SAVS) et de l'étude de population réalisée, la demande d'habilitation du SAMSAH d'Arceau Anjou est de **40 places par an**.

3.2.3.1 Les missions du SAMSAH

Le SAMSAH d'Arceau Anjou proposé inscrit ses interventions dans un accompagnement à court, moyen et long terme, pouvant aller de quelques mois à plusieurs années selon les situations, en regard de trois principes de base :

- (1) une approche globale de la personne,
- (2) un accompagnement personnalisé,
- (3) une évaluation continue des prestations mises en œuvres.

Le SAMSAH oriente ses activités sur la base de cinq axes directeurs :

- (1) Interventions directes auprès des personnes bénéficiaires, dans un souci de complémentarité avec le réseau d'accompagnement déjà en place autour de la personne.
- (2) Articulations des interventions sociales, médico-sociales, sanitaires et professionnelles, en lien avec le projet personnalisé de la personne bénéficiaire.
- (3) Optimisation des prescriptions, orientations et décisions prises dans le cadre des dispositifs auxquels est intégrée la personne, avant, pendant et après la mise en place de l'accompagnement.
- (4) Accompagnement, soutien et conseils aux familles
- (5) Actions de sensibilisation à la problématique des personnes cérébro-lésées, pour les intervenants auprès de la personne bénéficiaire, dans le cadre de son environnement domiciliaire social ou professionnel.

Selon les besoins identifiés des personnes accompagnées, le SAMSAH met en œuvre tout ou partie des prestations suivantes :

- 1) Evaluation des besoins et des capacités d'autonomie,
- (2) Identification de l'aide à mettre en œuvre,
- (3) Suivi et coordination des actions des différents intervenants,
- (4) Assistance ou aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale,
- (5) Soutien des relations avec l'environnement familial et social,

- (6) Appui et accompagnement favorisant l'insertion scolaire, universitaire et professionnel ou contribuant au maintien de cette insertion,
- (7) Suivi éducatif et psychologique,
- (8) Dispensation ou coordination des soins médicaux et paramédicaux à domicile ou accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre,
- (9) Accompagnement et suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie.

Afin de rationaliser les coûts (en particulier de déplacements des professionnels), le SAMSAH a vocation à intervenir au domicile des usagers résidants dans un rayon d'une trentaine de kilomètres autour de la ville d'Angers. Ceci étant, il peut, du fait de la spécificité de la problématique et de la prise en charge des personnes victimes de lésions cérébrales acquises, étendre ses interventions, pour des actions ponctuelles d'évaluation et d'appuis conseils, aux services similaires du département du Maine et Loire. A moyen terme, il conviendra d'étudier les possibilités d'intervention du SAMSAH, sous forme de ces actions ponctuelles, sur l'ensemble du territoire géographique d'origine des bénéficiaires des autres établissements et services d'Arceau Anjou, en particulier de :

- l'UEROS qui accueille des personnes des régions Pays de Loire et Centre, pour des actions d'évaluation et d'élaboration de projet social et/ou professionnel..
- l'UCEO qui devrait progressivement intervenir sur les mêmes zones que l'UEROS, pour des actions essentiellement d'ordre professionnel en milieu ordinaire de travail.

3.2.3.2 Les ressources humaines du SAMSAH

Le fonctionnement du SAMSAH s'appuie sur un dispositif coordonné associant une **équipe de professionnels** pluridisciplinaire, un **travail de coopération avec les familles** et les partenaires médico-sociaux et la **mise en réseau d'acteurs**, de ressources et de compétences diversifiés propres à chaque personne accueillie.

Les missions de chaque professionnel du SAMSAH (Tableau 6) sont définies dans le cadre d'une complémentarité pluridisciplinaire :

- **Directeur** : organisation générale du service, gestion administrative, financière et des ressources humaines.
- **Coordinateur** : garant des projets individualisés, de la coordination du travail partenarial et de la gestion des plannings d'interventions.
- **Comptable** : comptabilité du service.
- **Secrétaire** : accueil et traitement administratif du service
- **Aides Médico-Psychologique** : évaluation des besoins au domicile, aide et assistance dans les activités de vie quotidienne.

PROFESSIONNELS (EN ETP)	Equipe Mobile	SAVS	Total Existant	SAMSAH	A créer
PERSONNEL ADMINISTRATIF					
Directeur		0,40	0,40	0,40	0
Coordinateur	0,35		0,35	1,00	+ 0,65
Comptable	0,10	0,50	0,60	0,50	- 0,10
Secrétaire	0,15	0,18	0,33	1,00	+ 0,67
Sous-total administratif	0,60	1,08	1,68	2,90	+ 1,22
PERSONNEL MEDICAL ET AUXILIAIRE MEDICAL					
Méd. coordinateur (vacations)				0,10	+ 0,10
Méd. psychiatre (vacations)				0,10	+ 0,10
Infirmier (vacations)				0,20	+ 0,20
Aides Médico-Psychologiques	0,80	0,10	0,90	2,00	+ 1,10
Ergothérapeute				0,50	+ 0,50
Neuropsychologue				0,50	+ 0,50
Psychologue				0,50	+ 0,50
Psychomotricienne	0,50		0,50		- 0,50
Sous total médical et aux. méd.	1,30	0,10	1,40	3,90	+ 2,40
PERSONNEL EDUCATIF					
Assistante Sociale				0,50	+ 0,50
Educateurs Spécialisés	0,35	2,13	2,48	2,50	+ 0,02
Sous-total éducatif	0,35	2,13	2,48	3,00	+ 0,52
Total	2,25	3,31	5,56	9,80	+ 3,14

Tableau 6 : Équipe pluridisciplinaire du SAMSAH d'Arceau Anjou

- **Assistant de service Social** : suivi administratif, évaluation des besoins sociaux, relations avec les familles et le secteur social
- **Infirmier** : suivi infirmier, des traitements médicaux et coordination des soins
- **Éducateurs Spécialisés** : évaluation des besoins globaux, accompagnement éducatif, soutien à l'intégration sociale, gestion des relations sociales, accompagnement familial
- **Ergothérapeute** : évaluation du niveau d'autonomie dans les activités de vie quotidienne, évaluation et mise en place d'aides techniques et humaines et d'aménagement de l'environnement social et professionnel, travail ré-éducatif et ré-entraînement cognitif

- **Neuropsychologue** : évaluation neuropsychologique, ré-entraînement cognitif, adaptation des prises en charges aux troubles cognitifs et psychologiques
- **Médecin coordinateur** : coordination des prises en charge médicales
- **Médecin psychiatre** : prises en charge des troubles psychiques et soutien à l'équipe de professionnels
- **Psychologue** : suivi psychologique des bénéficiaires et des familles

Cette équipe de professionnels est constituée d'un volume global de 9,80 ETP, par la mutualisation des moyens de l'Équipe Mobile et du SAVS, pour 5,56 ETP et des créations de postes, pour 3,14 ETP.

3.2.3.3 Budget prévisionnel du SAMSAH

Le Budget Prévisionnel du SAMSAH (en année pleine) a été élaboré en tenant compte des budgets actuels de l'Équipe Mobile et du SAVS, en les adaptant aux besoins du nouveau service en personnel, en locaux, en mobilier, en matériels et outils de communication. De nouveaux investissements (tableau 7) complètent ceux qui sont en cours.

Désignation	Marque/Référence	Prix Unitaire	Quantité	TOTAL (K€)
Téléphone fixe	Ericson Doalog 4225	239,54	6	1 437,24
Téléphone mobile	SFR 50' = 19 euros/mois	228,00	5	1 140,00
Ordinat. et Imprim.	ASUS, HP 5652	1 554,30	6	9 925,80
Sous-Total des amortissements sur 3 ans				12 503,04
Bureau et chaise	RONEO et GALEO/ABC	1 345,77	8	10 766,20
Armoire	RONEO/ABC	272,69	8	2 181,50
Table d'accueil	TOPIUM/ABC	223,65	1	223,50
Chaise d'accueil	HOLA/ABC	217,67	4	870,69
Table de réunion	REFERENCIA/ABC	1 023,78	1	1 023,78
Chaise réunion	ANTHRA/ABC	51,43	10	514,28
Sous-Total des amortissements sur 10 ans				15 580,95
TOTAL GÉNÉRAL				28 082,99

Tableau 7 : Nouveaux investissements pour le projet SAMSAH

Les amortissements de ces investissements sont prévus, selon leur type, sur trois ou dix ans (tableau 8).

(K€)	2005	2006	2007	2008	2009
Nouveaux Amortissements					
Sur 3 ans: $12\ 503/3 = 4\ 167$	4 167	4 167	4 167	4 167	
Sur 10 ans : $15\ 581/10 = 1558$	1 558	1 558	1 558	1 558	1 558
Total	5 725	5 725	5 725	5 725	1 558
Anciens amortissements (SAVS)	1 950	1 130	655	121	121
TOTAL GÉNÉRAL	7 675	6 855	6 380	5 846	1 679

Tableau 8 : Tableau d'amortissements du SAMAH sur 5 ans

Le récapitulatif global du Budget Prévisionnel du SAMSAH (tableau 9), ainsi que le détail de la masse salariale prévue pour le personnel du service, sont détaillés en annexe 13.

RECAPITULATIF DU BUDGET PREVISIONNEL DU SAMSAH (K€)	
TOTAL GROUPE I	29 005
TOTAL GROUPE II	494 556
TOTAL GROUPE III	58 253
TOTAL GÉNÉRAL	581 814

Tableau 9 : Récapitulatif du budget Prévisionnel du SAMSAH d'Arceau Anjou

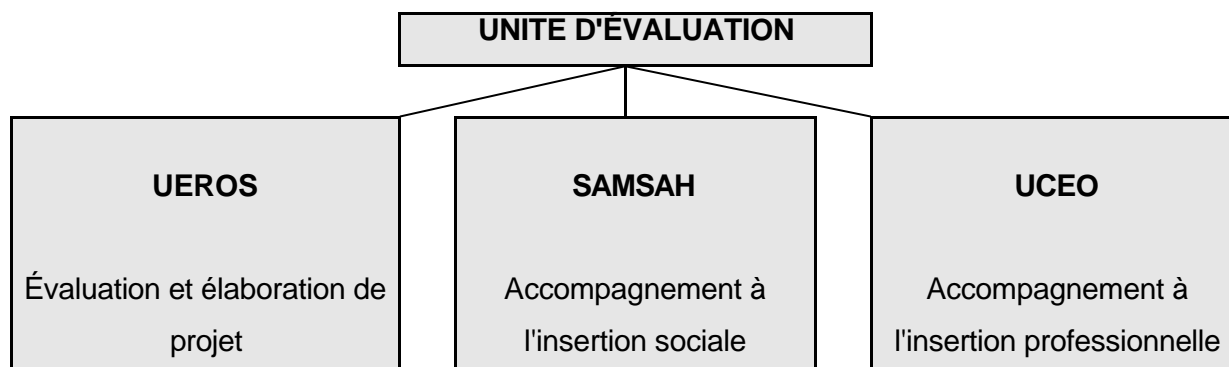
3.3 UNE RÉORGANISATION DE L'UNITÉ D'ÉVALUATION D'ARCEAU ANJOU

3.3.1 Des missions étendues : évaluer et accompagner l'insertion sociale et professionnelle

L'ensemble du projet de re-structuration de l'Unité d'Évaluation (figure 6) consiste donc à ré-organiser l'UEROS – Centre d'Orientation et créer un SAMSAH dans la perspective de mettre en œuvre des processus d'évaluation personnalisés, associés à des accompagnements de proximité en situations de vie quotidienne tant au niveau social (SAMSAH) que professionnel (UCEO).

Ainsi, pourront être mis à la disposition des traumatisés crâniens, de leurs familles et de l'ensemble de partenaires impliqués, des services complémentaires permettant de respecter les caractéristiques des personnes suivies, tant au niveau de la spécificité des séquelles du traumatisme crânien qu'au niveau de la dynamique propre à la (ré)insertion des personnes concernées. L'UEROS a pour vocation de s'inscrire ponctuellement pour des phases

d'évaluation et d'adaptation de projet, alors que le SAMSAH va intervenir pour un accompagnement social et l'UCEO pour un accompagnement professionnel.



UEROS : Unité d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées

UCEO : Unité de Conseils, d'Évaluation et d'Orientation

Figure 6 : Nouvelle configuration de l'Unité d'Évaluation d'Arceau Anjou.

3.3.2 La programmation de la mise en œuvre du projet

Les différentes étapes de ce projet me semblent pouvoir être programmées de sorte que cette nouvelle configuration de l'Unité d'Évaluation soit fonctionnelle à échéance du mois de septembre 2005 :

- Étude technique des dossiers du Centre d'Orientation avec la DDASS et du SAMSAH avec la DDASS et la DDSS en septembre 2004.

- Dépôt de ces dossiers en CROMS fin octobre⁸⁵, pour une validation au cours du mois d'avril 2004.

- Mise en œuvre de la restructuration du Centre d'Orientation et de la création du SAMSAH entre mai et août 2004 : ré-affectation des personnels, recrutements, organisation du fonctionnement général des services et des modalités d'interventions des professionnels auprès des usagers.

La préparation de l'ensemble de cette restructuration est d'ores et déjà menée, en binôme, par la Directrice de l'Unité d'Insertion Sociale (pour le SAMSAH) et moi-même. Si les professionnels des unités concernées ont été informés des caractéristiques principales de ces projets, ils ne seront davantage impliqués qu'après leur validation en CROSMS et

⁸⁵ En effet, l'Arrêté préfectoral n° 2004/DRASS/39 fixant le calendrier des demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux⁸⁵, prévoit, pour la fin de l'année 2004, une période de dépôt de dossiers pour la catégorie des "Personnes handicapées et personnes âgées", entre le 1^{er} septembre et le 31 octobre, pour une validation en CROSMS en février ou mars 2005.

toutes les démarches engagées seront bien sûr menées, sous la responsabilité du Directeur Général, en lien avec les différentes instances représentatives du personnel.

En préalable, nous menons actuellement une réflexion sur les modalités d'organisation effective de ce projet, en particulier au niveau de la transformation du SAVS (actuellement intégré à l'Unité d'Insertion Sociale) en SAMSAH (intégré à l'Unité d'Évaluation). En effet, ce projet n'est pas sans avoir des conséquences sur la structuration même de l'ensemble Arceau Anjou, tel qu'il est aujourd'hui configuré. Si le projet de reconfiguration de l'Unité d'Évaluation a été validé par la Direction Générale, il impose aujourd'hui de ré-organiser également les champs de responsabilités des directions de l'Unité d'Insertion Sociale et de l'Unité d'Évaluation. Cette réflexion est en cours au niveau du Comité de Direction d'Arceau Anjou.

L'évaluation de la mise en œuvre de cette restructuration reposera principalement sur l'élaboration de deux tableaux de bords :

- Le premier constituant un échéancier des projets de restructuration de l'UEROS et de création du SAMSAH,
- Le second visant à suivre régulièrement la réalisation effective des actions préconisées au niveau de l'auto-évaluation de la qualité des services rendus par les services, de la mise en place des outils destinés à garantir l'exercice des droits des usagers et de la mise en place du plan pluriannuel de formation visant au renforcement et à la valorisation des rôles professionnels.

3.3.3 L'apport de l'Unité d'Évaluation aux autres établissements et services d'Arceau Anjou

3.3.3.1 L'UEROS au service de l'évaluation des usagers des autres établissements et services d'Arceau Anjou.

L'un des objectifs de la re-structuration de l'Unité d'Évaluation est de pouvoir mettre ses moyens d'évaluation et d'élaboration de projet à la disposition des autres établissements et services d'Arceau Anjou. En effet, et paradoxalement, les usagers du CAT, de l'AP ou du CAJ ne peuvent actuellement bénéficier de l'expertise de l'UEROS, ceci pour des raisons de statuts et d'orientation CoTOrEP. Il semblerait judicieux d'assouplir ces contraintes afin de proposer à l'ensemble des usagers d'Arceau Anjou des modules d'évaluation souples et personnalisés dans leur durée et leur contenu. C'est dans cette perspective que j'ai proposé que le Centre d'OrientatIon puisse accueillir, à titre expérimental dans un premier temps, cinq usagers par an adressés par les équipes de professionnels de ces établissements et services, afin d'optimiser leurs prises en charge.

3.3.3.2 L'intervention de l'UCEO pour favoriser l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des travailleurs handicapés du CAT et de l'AP.

En l'état actuel des cadres réglementaires, l'insertion en milieu ordinaire de travail des personnes accueillies en secteur protégé relève des établissements d'accueil, sans réel lien avec les organismes et structures de droit commun. Au-delà des missions des CAT, l'intégration des personnes handicapées dans les entreprises du secteur ordinaire nécessite une expertise spécifique et une connaissance de l'entreprise et du marché du travail. Or, l'UCEO a justement cette vocation d'accompagnement du secteur ordinaire d'aide à l'insertion professionnelle. Je souhaite pouvoir aborder cette question avec l'Agefiph qui finance ce service pour l'insertion professionnelle en milieu ordinaire, afin d'étendre ses missions pour pouvoir intervenir auprès de personnes actuellement en CAT ou AP pour évaluer leurs possibilités de sortie du secteur protégé et les accompagner dans leur insertion.

3.4 LE RENFORCEMENT FONCTIONNEL DE LA FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS

La Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crâniens et de traumatisés médullaires met l'accent sur *"la nécessité d'apporter rapidité, fluidité, pertinence et durabilité à la prise en charge de ces personnes"*, préconise *"une organisation en réseau d'acteurs expérimentés et identifiés"* et insiste *"sur l'accueil, l'écoute, l'information et le soutien indispensable aux proches des personnes traumatisées"*.

On a effectivement vu l'importance de l'articulation entre le sanitaire et le social, à propos de laquelle Jaeger⁸⁶ écrit : *"l'étanchéité entre le sanitaire et le social pouvait constituer un frein à l'innovation et à la mise en place de programmes réellement adaptés à certaines catégories de population. Pensons notamment, outre les malades mentaux, ..., aux traumatisés crâniens... Pour toutes ces personnes, dont la liste n'est d'ailleurs pas limitative, il apparaît impérieux de développer des prises en charge réellement "médico-sociales", au sens étymologique du terme, où puissent se conjuguer en contrepoint d'un projet de soins, un véritable projet de vie, d'animation, de socialisation, voire de réinsertion en milieu ordinaire, sans évoquer les diverses techniques de maintien à domicile et les multiples formules sanitaires ou sociales, alternatives à une hospitalisation à temps complet"*

⁸⁶ JAEGER M. L'articulation du sanitaire et du social. Paris : Dunod, 2000, 172 p.

Je pense qu'effectivement la réponse à la multiplicité des besoins des traumatisés crâniens et de leur entourage (familial et professionnel), en terme d'évaluation et d'accompagnement, nécessite que les prises en charge que l'on doit leur proposer ne soient pas à l'origine de ruptures qui pourraient compromettre leur (ré)insertion. Une attention toute particulière à la pérennisation du lien fonctionnel entre les structures sanitaires et médico-sociales me paraît donc indispensable.

3.4.1 Des conventions de partenariat avec les structures sanitaires

C'est donc dans la perspective de mise en œuvre d'une filière de prise en charge coordonnée des traumatisés crâniens, que, depuis le début de l'année 2004, j'ai été à l'initiative du projet de signature de conventions fonctionnelles avec les principaux centres hospitaliers de la région : Centre Hospitalier Universitaire d'Angers (49), Centres hospitaliers de Cholet (49), de Laval (53) et du Mans (72). Ces conventions devront avoir pour objectifs d'instaurer des temps de rencontres réguliers avec les blessés encore hospitalisés et leur famille, pour anticiper les besoins d'aides sociales et médico-sociales dans les suites immédiates de leur hospitalisation : informations sur les différents services ressources, sur les démarches administratives à entreprendre, sur les possibilités d'aides à la (ré)insertion, etc. Ces conventions doivent également permettre aux équipes de professionnels de se rencontrer, afin de mieux connaître les réalités de leurs pratiques réciproques et construire progressivement une complémentarité effective entre les secteurs.

De même, parce que les besoins d'accompagnement s'expriment essentiellement à la suite de la période de soins en service de rééducation fonctionnelle, et afin de favoriser une poursuite cohérente de l'aide apportée aux personnes et à leur entourage, j'ai proposé que soit signées des conventions fonctionnelles avec les Centres de Rééducation de la région avec lesquels nous travaillons régulièrement. Ainsi, une telle convention a été mise en place, début 2003, avec le Centre de Rééducation de l'Arche à Saint Saturnin (72) qui me permet, une fois par trimestre de faire le point avec les médecins, personnels para-médicaux et sociaux du centre sur les personnes en rééducation et de rencontrer, avec leur famille, celles pour qui se pose déjà la question de la perspective de la réinsertion sociale ou professionnelle.

Une convention envisagée sur les mêmes bases est actuellement en projet avec le Centre Régional de Rééducation et de Réadaptation des Capucins à Angers (49).

3.4.2 Renforcer les liens avec les structures d'aide à l'insertion sociale et professionnelle

Parce que L'UEROS ne constitue pas une entité isolée, mais prend tout son sens dans la mise en œuvre d'un projet de vie adapté à la suite de la (ou des) période(s) d'évaluation, c'est donc dans le lien avec les structures d'aval (services sociaux, d'aide à l'insertion professionnelle comme les CoTOReP, les ANPE, CAP EMPLOi ou services de médecine du travail) et dans la qualité des informations transmises que la réinsertion sociale ou professionnelle des personnes accueillies sera optimisée.

Mais, comme le dit Jaeger (cité par Bauduret)⁸⁷, *"les textes législatifs et réglementaires, les conventions plus ou moins impulsés par l'Etat peuvent contribuer à dépasser les cloisonnements. En aucun cas cela ne pourra suffire si les acteurs de terrain et les décideurs ne sont pas convaincus qu'ils sont face à des personnes aux difficultés multiples, instables, transitoires et pour lesquelles le passage de témoin s'impose et s'imposera de plus en plus."* La constitution d'un réseau de prise en charge ne s'institue donc pas de fait et nécessite une implication soutenue et continue de chacun des acteurs impliqués. Le travail déjà engagé avec les partenaires de l'insertion sociale et professionnelle doit donc être poursuivi, voire renforcé, parce qu'il n'est jamais installé de façon définitive et qu'il doit sans cesse être alimenté, adapté, pour répondre à l'évolution des besoins des usagers.

La Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 5 juillet 1996, à l'origine de la création des UEROS fait obligation d'un rattachement de ces unités à des Centres de Pré-orientation (CPO). Pour ce qui concerne l'UEROS d'Arceau Anjou, ce rattachement s'est concrétisé par les interventions d'un formateur du Centre de Sablé sur Sarthe au sein du Centre d'Orientation. Au-delà de ces interventions, le bilan de fonctionnement que j'ai effectué en avril 2004 avec le Directeur du CPO, en regard des besoins d'évaluation et d'élaboration de projet professionnel incite à retravailler et élargir les modalités de collaboration entre les deux structures.

Une première rencontre, nous a amené à poser les bases de cet élargissement, en introduisant des possibilités d'interventions ponctuelles des professionnels du CPO sur des questions précises d'ordre professionnel ou de permettre aux stagiaires de l'UEROS de bénéficier, lors de périodes d'interruptions de leur stage, de modules réduits de pré-orientation. Nous avons prévu d'approfondir cette réflexion dans les mois à venir, en

⁸⁷ JAEGER M. L'articulation du sanitaire et du social. Paris : Dunod, 2000. Préface, pp. 1-13.

particulier au niveau des dimensions administratives (statut des stagiaires, possibilités de validation CoTOReP) et des conditions opérationnelles de tels échanges.

3.4.3 Créer de réelles conditions de travail partenarial avec les Associations de Familles de Traumatisés Crâniens

Parce que les familles ont une place centrale dans l'aide aux traumatisés crâniens (en prenant en charge à leur domicile, souvent seules, une personne qui n'est ni tout à fait la même, ni tout à fait une autre), il convient de renforcer les liens avec les Associations de Familles qui, du fait de leurs missions, sont un maillon central dans l'information et l'orientation des blessés vers les structures professionnelles.

Ces liens me paraissent effectivement primordiaux et à ce titre, j'adhère totalement au constat de Loubat⁸⁸ pour qui "le but essentiel de ce partenariat incontournable entre professionnels et parents, au-delà des motifs évidents d'ordre éthique, c'est la réussite des projets entrepris et une véritable promotion pour chaque bénéficiaire."

Or, dans les faits, les relations aujourd'hui instaurées avec ces associations sont contextuelles (liées à la situation particulière de telle ou telle personne) et non formalisées de façon opérationnelle (même si elles sont représentées au sein du Comité de Gestion d'Arceau Anjou). C'est la raison pour laquelle, j'ai proposé au Président de l'Association des Familles du Maine et Loire de mettre en place, dans le cadre d'un travail partenarial, différents types d'actions : rencontres mensuelles permettant d'aborder les situations de personnes suivies par leur association, informations sur le traumatisme crânien, organisation de soirée à thème. J'ai été mandaté par le Directeur Général d'Arceau Anjou, pour rendre effectivement opérationnel ce partenariat d'ici le début de l'année 2005.

CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE

La mise en œuvre d'une réelle personnalisation des programmes d'évaluation, permettant à chaque personne victime d'un traumatisme crânien de pouvoir élaborer un projet de vie correspondant à ses caractéristiques propres, doit s'intégrer à un dispositif global et coordonné de prises en charge, intégrant des services d'accompagnement social et professionnel de proximité et apportant à l'entourage familial et professionnel, les éléments d'information et de compréhension nécessaires à une aide adaptée.

⁸⁸ LOUBAT J.R. La dynamique du partenariat avec les parents et les familles : un changement de mentalité. Les Cahiers de l'Actif, Janvier/Avril 2004, n° 332/333, n° 334/335, pp. 11-17.

L'objectif du projet de restructuration de l'Unité d'Évaluation d'Arceau Anjou est donc de pouvoir proposer à chaque usager de bénéficiaire, selon ses besoins, de la structure sanitaire, sociale ou médico-sociale répondant le mieux à ses préoccupations du moment.

Ainsi, chaque personne pourra disposer, en coordination avec les secteurs sanitaires et sociaux, d'éléments d'évaluation et de validation d'un projet (via des interventions de l'UEROS), pour ensuite vivre au quotidien les réalités de la réalisation de ce projet, avec, si nécessaire, un accompagnement social (appuyé par le SAMSAH) ou professionnel (appuyé par l'UCEO). Et parce qu'un parcours de (ré)insertion ne peut se construire que très progressivement, étape par étape, de nouveaux besoins d'évaluation et d'ajustement de projet vont s'exprimer qui vont être à l'origine d'une nouvelle intervention de l'UEROS pour donner à la personne et à son entourage de nouveaux éléments de réflexion.

Permettre d'inscrire un tel processus d'évaluation en stage UEROS dans le cadre d'une période de six mois, répartie sur deux ans, avec des possibilités d'accompagnement alternatif dans les domaines sociaux ou professionnels me semble de nature à améliorer sensiblement l'aide à l'élaboration de projet de vie des traumatisés crâniens. Mais cette avancée doit constituer une étape intermédiaire vers une réelle personnalisation, tout au long de la vie du soutien à l'insertion. Pour ce faire, les cadres législatifs et réglementaires devront encore évoluer afin de permettre une meilleure réactivité, une plus grande souplesse entre les dispositifs.

CONCLUSION PROVISOIRE

À la suite de son séjour en Centre de Rééducation Fonctionnelle, Christophe F. va devoir reconstruire sa vie, parce que les séquelles de son traumatisme crânien sont telles qu'il ne pourra pas réaliser ce qu'il avait envisagé auparavant. Il ne va pas pouvoir poursuivre les études qu'il avait commencées, il ne pourra sans doute pas vivre seul dans l'appartement dont il rêvait (en tout cas pas tout de suite) et d'ailleurs, quel travail pourra-t-il faire ? Pour répondre à toutes ces questions, Christophe et sa famille ne doivent pas rester seuls. L'objectif de structures comme Arceau Anjou est de leur apporter autant que possible, les moyens de pouvoir retrouver une place dans la société.

Si la spécificité de la problématique du traumatisme crânien et de la (ré)insertion des personnes qui en sont victimes est reconnue depuis 1995, l'adaptation des structures sanitaires, sociales et médico-sociales à un tel enjeu de santé publique doit se construire peu à peu. Le blessé ne peut être considéré, tantôt comme objet de soins, tantôt comme objet d'évaluation ou d'accompagnement. Il doit être soutenu dans sa globalité, comme acteur citoyen de son histoire, pouvant être soutenu par des moyens effectifs d'intégration.

La restructuration de l'Unité d'Évaluation d'Arceau Anjou va pouvoir donner à chaque traumatisé crânien qu'elle accueille, la possibilité de bénéficier, de la façon la plus souple qui soit, de modules d'évaluation et de ré-entraînement personnalisés dans le cadre de l'Unité d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS), pouvant alterner, au gré des besoins, avec un accompagnement social ou professionnel de proximité, respectivement par le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Personnes Adultes Handicapées (SAMSAH) et l'Unité de Conseils, d'Évaluation et d'Orientation (UCEO).

La réussite de ce projet me semble profondément conditionnée à une participation active et coordonnée de l'ensemble des acteurs familiaux et professionnels, impliqués auprès des personnes en situation de handicap du fait d'un traumatisme crânien. C'est donc bien avec le souci de donner (ou redonner) à l'usager sa place de citoyen à part entière dans la société, en lui permettant d'avoir accès à toutes les ressources qui peuvent l'aider, que je situe mon action de directeur, en tant que responsable de la qualité du service rendu par l'établissement que je représente, en y garantissant l'exercice professionnel des salariés qui y travaillent, le respect des engagements et missions confiés aux services que j'encadre, ainsi que la prise en compte de l'évolution du cadre réglementaire du secteur social et médico-social en général et des personnes en situation de handicap en particulier.

Au delà de la mise en œuvre de ce projet de restructuration de l'UEROS d'Arceau Anjou, la complexité de la problématique de la (ré)insertion des traumatisés crâniens et de la

singularité des situations de handicap qu'ils rencontrent, nécessiteraient, à l'avenir, que ces personnes puissent bénéficier d'une aide à l'élaboration et à la validation de projet qui soit réellement inscrite, au titre de la réparation, tout au long de leur vie. Tel est le vœu formulé récemment par le Président de la République, Jacques Chirac, pour l'ensemble des personnes en situation de handicap, vœu relayé par Marie-Anne Montchamp, Secrétaire d'État aux Personnes Handicapées, pour les traumatisés crâniens.

Gageons que ces orientations politiques sauront se traduire en actes concrets et que les dispositifs aujourd'hui en place sauront évoluer, faire preuve d'initiatives et d'expérimentations pour que chaque usager puisse y trouver une réponse effectivement personnalisée à ces besoins, quels que soient le moment et le lieu où ils pourront s'exprimer. C'est à ce titre que le projet de "loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" prendra tous son sens, lorsqu'il pose en principe dans son premier article, que toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens et le droit à compensation des conséquences de son handicap : compensation qui consiste à répondre à ses besoins propres.

Bibliographie

- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'Accident Vasculaires Cérébraux : aspects médicaux*. Saint Denis La plaine : ANAES, Septembre 2002, 127 p.
- ALLAIN P, FORGEAU M., ZIED KEFI M, et al. Evaluation des troubles attentionnels chez des traumatisés crâniens sévères : intérêt d'une adaptation francophone du "Test of Everyday Attention". *Revue de Neuropsychologie*, 2002, Vol. 12, n° 3, pp. 410-435.
- AZOUVI P. *Les traumatismes crâniens : de la prise en charge médicale à l'accompagnement social*. APF Formation. Paris : APF, 1998. Evaluation des séquelles des traumatismes crâniens : le bilan neuropsychologique, pp 79 – 84.
- BARBIZET J. et DUIZABO P. *Neuropsychologie*. Paris : Masson Abrégés, Paris 1980, 184p.
- BARRAL C. et ROUSSEL P. De la CIH à la CIF. Le processus de révision. *Handicap : revue de sciences humaines et sociales*, Avril-Septembre 2002, n° 94-95, pp. 1-23.
- BARREYRE JY, BOUQUET B, CHANTRE A et al. *Dictionnaire critique d'Action Sociale*. Paris : Bayard Editions, 1995, 437p.
- BARUCQ J. L'UNAFTC et les traumatisés crâniens. *Réadaptation*, Décembre 2002, n° 495, pp. 7-9.
- BARUCQ J. Les UEROS et leur rôle dans le parcours des traumatisés crâniens. *Résurgences*, Décembre 2003, n° 28, pp. 8-11.
- BASSO A. *Neuropsychologie des traumatismes crâniens grave de l'adulte*. Paris : Frison Roche. Aphasie post-traumatique : aspects cliniques et évolution, pp. 25-32.
- BAUDURET J.F. et JEAGER M. Rénover l'action sociale et médico-sociale : pour comprendre la loi du 2 janvier 2002. Paris : Dunod, 2002. 322 p.
- BLAISE J.L. Traumatisme crânien : blessure sociale. *Les Cahiers du CTNERHI*, Juillet–Décembre 1997, n° 75-76, pp. 5-20.
- BOTEZ M.I. *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. 2^{ème} Ed.. Paris : Presses de l'Université de Montréal, Masson, 1996. Le syndrome frontal, pp. 169-196.
- BRUNSWICK E. Representative design and probabilistic theory in a functional psychology. *Psychological Review*, 1955, Vol. 62, n° 3, pp. 193-217.
- CARPENTIER A. *Les traumatismes crâniens : de la prise en charge médicale à l'accompagnement social*. APF Formation. Paris : APF, 1998. Spécificités des traumatismes crâniens graves chez l'enfant : difficultés de l'évaluation et du pronostic, pp. 95-99.

CAZALS M.C. *Les traumatismes crâniens : de la prise en charge médicale à l'accompagnement social*. APF Formation. Paris : APF, 1998. La famille confrontée aux séquelles du traumatisme crânien ou comment raconter l'indicible ? pp. 113 – 118.

CITEAU J.P. *Gestion des ressources humaines : Principes généraux et cas pratiques*. 2^{ème} Edition. Paris : Armand Colin, 1997. Chapitre V. La formation, pp.85-98.

CREPEAU F. *Neuropsychologie*. Montréal : Décarie, 1997. De la validité écologique en neuropsychologie, pp. 49-97.

DANANCIER J. Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif. Paris : Dunod, 1999. Chapitre 1, Les déterminants du projet, pp. 5-15.

DARTIGUES J.F., MAURETTE P., MASSON F. et al. (1993). Evolution à 5 ans d'une cohorte de traumatisés crâniens en Aquitaine. *Réadaptation*, 1993, n°383, pp. 7-8.

DE KETELE J.-M. *L'évaluation : approche descriptive ou prescriptive ?* Bruxelles : De Boeck Université, 1991. 288p.

DE LABARTHE J. *Les traumatismes crâniens : de la prise en charge médicale à l'accompagnement social*. APF Formation. Paris : APF, 1998. De l'insertion précoce à la réinsertion professionnelle, pp. 187-192.

DEYE M. Droits de usagers : le chemin enfin balisé. *Direction(s)*, janvier 2004, n° 4, pp. 24-26.

DOBIECKI B. Diriger une structure d'action sociale aujourd'hui : valoriser les ressources humaines. Paris : ESF Editeur, 1998. Chapitre 1, Fonction de Direction ou direction de la fonction, pp. 27-66.

DUMOND J.J. et FAYOL P. L'aventure traumatique *L'information psychiatrique*, 9, novembre 1997, n° 73, pp. 911-914.

FOUGEYROLLAS P. Pour un projet de santé individualisé. Paris : Association GRAVIR et Laboratoire GREC-Université Paris 13, 1999. Les déterminants environnementaux de la participation sociale des personnes ayant des incapacités : le défi socio-politique de la révision de la CIDIH, pp. 53-67.

FUSTER P. et JEANNE P. *Dictionnaire de l'enseignement et de l'éducation spécialisé*. Paris : Bordas, 2001, 220 p.

GIROIRE J.M., MAZAUX J.M. et BARAT, M. *Neuropsychologie de la mémoire humaine*. (1991). Grenoble : PUG, 1991. Les troubles de mémoire des traumatisés crâniens, pp. 67-87.

JAEGER M. L'articulation du sanitaire et du social. Paris : Dunod, 2000, 172 p.

JANVIER R. et MATHO Y. Mettre en œuvre le droit des usagers. 2^{ème} Edition. Paris : Dunod, 2002, 214 p.

JENNETT B. et BOND M. Assesment of outcome after severe brain damage. *Lancet*, 1975, n° 1, pp. 480-484.

JOSEPH P.A., LE GALL D., AUBIN G. et al. *Évaluation de la qualité de vie*. Paris : Masson, 1993. Évaluation de la qualité de vie par les traumatisés crâniens et par leur entourage, pp. 189-194.

KRISTEVA J. *Lettre au président de la République sur les citoyens en situation de handicap, à l'usage de ceux qui le sont et de ceux qui ne le sont pas*. Paris : Fayard, 2003. 96 p.

LANGÉVIN P. et LE GALL D. *Neuropsychologie des lobes frontaux*. Marseille : Solal, 1999. L'anosognosie secondaire à une atteinte frontale, pp. 289-307.

LE GALL D., JOSEPH P.A. et TRUELLE J.L. Le syndrome frontal post-traumatique : lésions frontales et troubles psycho-comportementaux secondaires aux traumatismes crâniocérébraux. *Neuro-Psy*, 1987, Vol. 12, n° 4, pp. 257-265.

LEBEAU H.J. *Rapport d'enquête sur les traumatisés crâniens*. IGAS, rapport n° 90075 : Paris, mai 1995. 91p.

LEFEVRE P. *Guide de la fonction Directeur d'établissement social et médico-social : Responsabilités et compétences, Environnement et projet, Stratégies et outils*. Paris : Dunod, 1999. Chapitre 5, La gestion des ressources humaines, pp. 191 – 264.

LOUBAT J.R. Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod, 2002, 256 p.

LOUBAT J.R. La dynamique du partenariat avec les parents et les familles : un changement de mentalité. *Les Cahiers de l'Actif*, Janvier/Avril 2004, n° 332/333, n° 334/335, pp. 11-17.

LOUBAT J.R. Le projet personnalisé ou l'engagement dû au bénéficiaire. *Les Cahiers de l'Actif*, Juillet/août 1998, n° 266/267, pp.57-70.

MASSON F. Prévalence des incapacités après traumatisme crânien : étude d'une cohorte épidémiologique vue 5 ans après l'accident. *Brain injury*, 1996, n° 10, pp. 487-497

MIRAMON J.M., COUET D. et PATURET J.B. Le métier de Directeur : techniques et fictions. Rennes : ENSP EDITEUR, 1992. Troisième partie, Chapitre 3, Ressources Humaines, pp. 165 – 176.

ONILLON M. *Un accompagnement spécifique en CAT pour favoriser l'insertion socioprofessionnelle des jeunes traumatisés crâniens*. Mémoire CAFDES : ENSP Rennes, 1998. 82 p.

PELLETIER J. *Projet individualisé et Evaluation*. Genève : Éditions des Deux Continents, 2002. La démarche de projet individualisé : Perspectives d'un nord-américain averti, pp. 97-109.

PERETTI J.M.J. *Gestion des ressources humaines*. 11^{ème} Edition. Paris : Vuibert, 2003. Chapitre 4. Le développement humain et social, pp.191-263.

PETIT H., WIART L., DESTAILLATS J.M. et al. *La réinsertion socio-professionnelle des personnes handicapées*. Paris : Masson, 1994. Réinsertion professionnelle des traumatisés cranio-encéphaliques, pp. 221-226.

PRIGATANO G.P. *Frontal lobe function and dysfunction*. New-York : Oxford University Press, 1991. The relationship of frontal lobe damage to diminished awareness, pp. 381-397.

SALLA J.Y., DUMOND J.J., DUDOGNON P. et al. *Traumatisme crânien grave et médecine de rééducation*. Paris : Masson, 1991. Devenir à 10 ans d'une série de 63 patients considérés "bons résultats", pp. 301-307.

SICHEZ J.P. et FAILLOT T. *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Paris : Frisson-Roche, 1995. Physiopathologie des traumatismes crâniens graves, pp.3-11

TRUELLE J.L. *Les traumatismes crâniens : de la prise en charge médicale à l'accompagnement social*. APF Formation. Paris : APF, 1998. Traumatismes crâniens : de la prévention à la réinsertion, pp. 17-23.

WOLFENSBERGER W. *La Valorisation des rôles sociaux : Introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*. Traduction et adaptation A. DUPONT, V. KELLER-REVAZ, J.P. NICOLETTI et L. VANEY. Genève : Éditions des Deux Continents, 1991. 107p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Glasgow Outcome Scale

Annexe 2 : Liste nationale des UEROS

Annexe 3 : Évolution d'Arceau Anjou

Annexe 4 : Prestations de l'UCEO

Annexe 5 : Arrêtés et agréments fixant l'organisation de l'UEROS d'Arceau Anjou

Annexe 6 : Rapport d'activités 2003 de l'UEROS d'Arceau Anjou

Annexe 7 : Fonctions des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de l'UEROS

Annexe 8 : Population des autres établissements et service d'Arceau Anjou

Annexe 9 : Formations effectuées pas les professionnels de l'UEROS depuis 2001

Annexe 10 : Questionnaire de fin de stage UEROS

Annexe 11 : Budget prévisionnel de l'UEROS restructurée

annexe 12 : Cadre réglementaire et missions des SAMSAH

Annexe 13 : Budget prévisionnel du SAMSAH

Annexe 1 : Glasgow Outcome Scale

Critère de classification de la gravité à distance d'un traumatisme crânien : Glasgow Outcome Scale (GOS) , selon JENNETT B. et BOND M. Assesment of outcome after severe brain damage. *Lancet*, 1975, n° 1, pp. 480-484.

- **GOS 1** : bonne récupération et retour à une vie normale, malgré de légères déficiences motrices ou mentales.
- **GOS 2** : handicap d'importance moyenne : personnes relativement autonomes dans les actes essentiels de la vie courante mais dont les déficiences sur le plan intellectuel, de la mémoire et du comportement nécessitent une aide et un accompagnement adapté.
- **GOS 3** : handicapés dépendants, nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne en raison d'incapacités mentales ou physiques graves.
- **GOS 4** : états végétatifs chroniques.

Annexe 2 : Liste nationale des UEROS

Au plan national, on dénombre aujourd'hui 28 UEROS, réparties sur les régions :

- **Alsace** : Mulhouse (68),
- **Aquitaine** : Bruges/Bordeaux (33),
- **Basse Normandie** : Vaux-sur-Aure (14),
- **Bretagne** : Brest (29), Kerpape (56) et Rennes Betton (35),
- **Champagne Ardenne** : Charleville Mézières (08) et Reims (51),
- **Ile de France** : Coubert (77), Saint-Maurice (94) et Soisy-sur-Seine (91),
- **Franche Comté** : Salins les Bains (39),
- **Guadeloupe** : Baie-Mahault (97),
- **Languedoc-Roussillon** : Castelnaud-Le-Lez (34),
- **Limousin** : Limoges (87),
- **Lorraine** : Gondreville (54),
- **Midi-Pyrénées** : Toulouse (31),
- **Nord-Pas-de-Calais, Picardie** : Berck-Sur-Mer (62) et Lille (59),
- **Pays de Loire** : Angers (49) et Saint-Sebastien-Sur-Loire (44),
- **Poitou-Charentes** : Niort (79),
- **Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse** : Briançon (05), La Gaude(06) et Marseille (13),
- **Rhône-Alpes** : Grenoble (38), Lyon (69) et Saint-Etienne (42).

Annexe 3 : Évolution d'Arceau Anjou

Depuis 1984, Arceau Anjou s'est progressivement développé au travers d'activités ou d'actions diverses :

- **1984** : Création d'un Centre d'Aide par le Travail (40 places au départ, 100 depuis 1996).
- **1986** : Ouverture d'un Centre d'Activités de Jour au statut de Foyer Occupationnel (20 places).
- **1988** : Mise en place d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (25 personnes).
- **1990** : Création d'un Service d'Evaluation/Formation/Insertion (20 personnes par an).
- **1991** : Création d'une résidence de 20 logements groupés avec accompagnement éducatif.
- **1993** : Ouverture d'un Atelier Protégé (40 places).
- **1997** : Ouverture de l'Unité d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS) – Centre d'Orientation (20 places par an).
- **2000** : Ouverture de l'UEROS - Equipe Mobile (10 places par an).
- **2002** : Ouverture de l'Unité de Conseils, d'Évaluation et d'Orientation.
- **2003** : Intégration d'Arceau Anjou dans le réseau de la Mutualité Française Anjou-Mayenne.

Annexe 4 : Prestations de l'UCEO

(1) Information/sensibilisation

Objectif : Information/sensibilisation à la spécificité des personnes cérébro-lésées, connaissance des principales caractéristiques de ce type de personnes, des principales difficultés qu'elles peuvent présenter et des moyens possibles de compensation de ces difficultés.

Public visé : Structures d'accompagnement à l'accès et/ou au retour au travail des personnes cérébro-lésées : CAP EMPLOI, ANPE, Mission locale, PAIO, CoTOReP, Médecine du Travail,...

Prescripteurs : PDITH et structures d'accompagnement.

Contenu de l'action : Eléments neuropsychologiques de bases caractéristiques, conséquences de ces troubles dans l'appréhension de la situation de travail par la personne cérébro-lésée, moyens de réduire les situations de handicaps et de maîtriser les problèmes en situation de travail.

Durée : Séances d'une demi-journée

(2) Evaluation Conseil de la personne handicapée

Objectif : Avis spécialisé sur les capacités et potentiels à la reprise d'un travail en milieu de travail ordinaire ou en milieu de travail protégé.

Public visé : Personnes victimes de lésions cérébrales acquises, bénéficiant d'une Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé ou démarches en cours, personnes en arrêt de travail.

Prescripteurs : CoTOReP, Milieu médical (Centre hospitalier, Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnel, ...).

Contenu de l'action : Evaluation de la spécificité de la problématique post-lésionnelle et de la problématique générale d'insertion propre à la personne, des points de vue personnel, social, "scolaire" et professionnel.

(3) Diagnostic Expert de la personne handicapée

Objectifs : Avis spécialisé sur les perspectives d'accès à et/ou de maintien sur un poste de travail en milieu de travail ordinaire.

Public visé : Personnes victimes de lésions cérébrales acquises, travailleurs handicapés bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987 et/ou salariés d'entreprises, aptes à occuper un poste en milieu ordinaire de travail.

Prescripteurs : Structures d'accompagnement à l'accès et/ou au retour au travail : CAP EMPLOI, ANPE, Mission locale, PAIO, CoTOReP, Médecine du Travail,...

Contenu de l'action : Évaluation de la spécificité de la problématique post-lésionnelle, la problématique générale d'insertion propre à la personne, des points de vue personnel, social, "scolaire" et professionnel.

Durée : Environ 4 heures, effectuées sur un mois.

(4) Bilans d'évaluation du projet professionnel

Objectifs : Bilans d'évaluation approfondis ayant pour objectif d'évaluer l'ensemble des capacités concernées par la réalisation du projet professionnel (formulé ou à définir), vérifier la validation de ce projet et soutenir les différents partenaires impliqués dans la préparation à l'accès à l'emploi.

Public visé : Personnes victimes de lésions cérébrales acquises, travailleurs handicapés bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987 et/ou salariés d'entreprises, aptes à occuper un poste en milieu ordinaire de travail, bénéficiant d'une Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé ou démarches en cours, personnes en arrêt de travail.

Prescripteurs : Structures d'accompagnement à l'accès et/ou au retour au travail : CAP EMPLOI, ANPE, Mission locale, PAIO, CoTOReP, Médecine du Travail,...

Contenu de l'action : Bilans approfondis des capacités de la personne handicapée des points de vue neuropsychologique, social et personnel, "scolaire" et professionnel (définition, vérification et validation un projet professionnel, vérification des capacités de retour à l'emploi, ...). Actions d'évaluation des capacités complétées de mises en situations directes en milieu de travail dans le cadre des Actions d'Appui/Conseils.

Durée : En moyenne 3 mois.

(5) Actions d'Appui/Conseils aux professionnels de l'insertion

Objectifs : Aide à l'insertion et/ou au maintien en entreprise des personnes cérébro-lésées.

Public visé : Personnes victimes de lésions cérébrales acquises, travailleurs handicapés bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987 et/ou salariés d'entreprises, aptes à occuper un poste en milieu ordinaire de travail, bénéficiant d'une Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé, ou démarches en cours, personnes en arrêt de travail.

Prescripteurs : Structures d'accompagnement à l'accès et/ou au retour au travail des personnes cérébro-lésées : CAP EMPLOI, ANPE, Mission locale, PAIO, CoTOReP, Médecine du Travail, Entreprises, organismes de formation,...

Contenu de l'action : Actions de soutien des différents partenaires impliqués dans l'insertion des personnes cérébro-lésées en milieu ordinaire de travail : formation/sensibilisation, conseils techniques à l'insertion, maintien dans l'emploi et/ou en entreprise sur un poste de travail différent, résolution de problèmes et/ou de crises, ...

Durée : Durée individualisée selon l'objectif initialement fixé.

Annexe 5 : Arrêtés et agréments fixant l'organisation de l'UEROS d'Arceau Anjou

Arrêté n° 97/DRTEFP/1187 portant création d'une Unité d'Evaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle (18 juillet 1997).

Il est délivré un agrément spécifique à l'Association Arceau Anjou pour la création d'une Unité d'Evaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle, rattachée au Centre de Pré-orientation "La Tourmaline" – Boulevard Allende – 44818 Saint-Herblain. Cet agrément prévoit l'organisation de 2 sessions par an pour un effectif global de 20 stagiaires, chaque session accueillant 10 stagiaires, pendant une durée comprise entre 3 et 6 mois.

Arrêté n° 98/DRASS/1605 (10 novembre 1998) portant création d'une unité mobile rattachée à l'UEROS Arceau Anjou.

L'Association Arceau Anjou est autorisée à créer 10 places d'externat, sous forma d'unité mobile rattachée à Unité d'Evaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle (UEROS) existante. L'objet de cette unité est de permettre à des traumatisés crâniens lourds (GOS 3), maintenus à domicile, d'être évalués sur leurs déficiences et capacités en vue d'élaborer un projet de vie sociale en partenariat avec les familles.

Courrier de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale du 28 juillet 1999 :

"Il apparaîtrait souhaitable que la COTOREP distingue cependant les orientations sous la forme de :

- UEROS - Centre d'Orientation,
- UEROS - Equipe Mobile.

La facturation individuelle ne peut se faire que sur la base d'un prix d'intervention unique, commun aux deux activités de l'UEROS...Ce coût unitaire ne peut en conséquence qu'être un prix moyen entre les charges effectives des deux activités. L'activité des deux sections doit être mesurée de la façon suivante :

- UEROS - Centre d'Orientation : nombre de journées de présence effective des adultes
- UEROS - Equipe Mobile : forfait de 3 séances hebdomadaires par place théorique".

Arrêté n° 2000/DRTEFP/1632 portant modification d'une Unité d'Evaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle (10 novembre 2000).

L'Unité d'Evaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle est rattachée au Centre de Pré-orientation du Centre de Réadaptation et de Rééducation Professionnelle

– Chemin de Montreux BP 167 – 72303 – Sablé sur Sarthe, en lieu et place du Centre de Pré-orientation "La Tourmaline".

Arrêté n° 2001/DRTEFP/796 portant modification d'une Unité d'Evaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle (20 juin 2001).

Cet agrément est accordé pour un effectif global de 20 stagiaires (permettant le fonctionnement à l'année de l'UEROS).

Décision n° E – 52 – 520 – 03 – 04 d'agrément au titre de la rémunération des stagiaires pour la période du 1^{er} septembre 2003 au 31 août 2004 (14 août 2003)

N° Cycle de formation	Intitulé de la formation	Durée totale de la formation	Dont durée de stage pratique	Durée hebdom. en centre	Durée hebdom. de stage	Effectif maximum rémunérable	Volume agréé en mois stagiaires
1	UEROS n° 1	3 mois*		30		6	18
2	UEROS n° 2	3 mois*		30		6	18
3	UEROS n° 3	3 mois*		30		6	18
4	UEROS n° 4	3 mois*		30		6	18
	TOTAL					24	72

* La durée de 3 mois par stagiaire est une durée moyenne conformément à la circulaire DGEFP n° 97/1157 du 12 mai 1997. L'organisme veillera à ce que la durée de la formation ne puisse en aucun cas excéder 6 mois (Arrêté n° 97/DRTEFP /1187), tout en s'assurant qu'il ne dépasse pas le quota des 108 mois stagiaires pour lequel il est agréé.

Annexe 6 : Rapport d'activités 2003 de l'UEROS d'Arceau Anjou

Activités de l'UEROS Centre d'Orientation et Équipe Mobile (en nombre de prix de journées/d'interventions)

	Réalisé 2002	Réalisé 2003
Centre d'Orientation	999	1 107
Equipe Mobile	322	329
TOTAL	1 321	1 436
ACCORDE DDASS 2003		1 400

UEROS – Centre d'Orientation

En 2003, **21 stagiaires** ont été accueillis en 5 périodes de stages. Depuis septembre 1997, le Centre d'Orientation a accueilli un total de 121 stagiaires.

Stage	1	2	3	4	5
Nbre de stagiaires	5	5	5	6	5

Répartition mensuelle des activités du Centre d'Orientation

Mois	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
Nbre	57	100	104	105	80	100	110	5	132	138	91	85	1 107

Récapitulatif des entretiens avant stages UEROS

Type d'interventions	Nombre	Temps total
Commissions sociales	10	20 h
Premiers entretiens	24	96 h
Seconds entretiens	26	52 h
Entretiens de contacts*	16	32 h
Total		200 h

* dans les locaux d'Arceau Anjou, au CHU d'Angers et au CRRRF des Capucins.

Projets des stagiaires en début de stage UEROS.

Type de projet	Nombre (pourcentage)
Pas de projet formulé	4 (19 %)
Mieux connaître ses capacités	7 (33 %)
Travail en Milieu Protégé	1 (5 %)
Travail en Milieu Ordinaire	8 (38 %)
Formation professionnelle	1 (5 %)

Orientations préconisées par les professionnels en fin de stage UEROS

Préconisations	Nombre (pourcentage)
Interventions un niveau de l'environnement personnel	4 (19 %)
Interventions un niveau de l'environnement domiciliaire	3 (14 %)
Interventions un niveau de l'environnement social	9 (44 %)
Définition de projet de type Centre de Pré-orientation	0
Travail en Milieu Protégé	7 (34 %)
Travail Protégé en Milieu Ordinaire	3 (14 %)
Formation professionnelle	2 (10 %)
Travail en Milieu Ordinaire	1 (5 %)
Interruptions de stage	2 (10 %)

Récapitulatif des actions de suivi effectuées au cours de l'année 2001

Le suivi après stage UEROS a concerné en 2003, **31 personnes**, représentant **290 actions**.

Nature de l'intervention	Nombre en 2003	Temps total
Rendez-vous de suivi	68	102 h
Synthèses et courriers	89	133,5 h
Contacts téléphoniques	133	66,5h
Réunions de service	11	44 h
Total	290	346 h

Evolution de la liste d'attente avant stage UEROS Centre d'Orientation

Dates	Dossiers avec Orientation CoTOReP	Dossiers confirmés après 1 ^{er} entretien
Janvier 2001	28	17
Juin 2001	21	15
Janvier 2002	18	14
Juin 2002	20	11
Janvier 2003	21	16
Juin 2003	18	10

Compte tenu des données épidémiologiques* sur le traumatisme crânien et de la population du territoire géographique de référence** des personnes accueillies par Arceau Anjou, le potentiel théorique de la population GOS 2 à 4 est d'environ 208 nouveaux traumatisés crâniens graves par an.

Population	Totale*	TC** par an	GOS 2,3 et 4
Région Pays de Loire	3 267 484	9 149	229
Départements 49, 53 et 72	1 563 934	4 379	109
Région Centre	2 458 648	6 884	172
Départements 18, 36, 37 et 41	1 422 507	3 983	99
Régions Centre et Pays de Loire	5 726 132	16 033	410
Départ. 18, 36, 37, 41, 49, 53 et 72	2 986 441	8 362	208

* Etude épidémiologique de 1986 par l'ORS d'Aquitaine : Incidence annuelle de TC de 280 pour 100 000 habitants, 2,5% de GOS 2,3 et 4.

** Sources : Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social – Statiss 2003 Pays de la Loire et Statiss 2003 Centre, DRASS – Service Statistique.

UEROS – Équipe Mobile

7 personnes ont été concernées par les prestations de l'Équipe Mobile en 2003, dont 5 le sont encore au 31 décembre. Depuis 2002, l'Équipe Mobile a accueilli 12 personnes.

Mois	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	
Nombre de personnes concernées par mois													
Total	3	3	1	2	2	2	2	2	5	5	5	5	
Nombre d'interventions par mois												Total	
Nbre*	33	24	12	17	14	18	22	2	50	53	40	45	329

Typologie des personnes accueillis par l'UEROS en 2003

Répartition par sexe		
	Centre d'Orientation	Équipe Mobile
Hommes	84 (84 %)	12 (100 %)
Femmes	16 (16 %)	

Répartition par âge au moment de la maladie ou de l'accident		
	Centre d'Orientation	Équipe Mobile
Moins de 20 ans	37 (37 %)	3 (25 %)
De 20 à 24 ans	21 (21 %)	4 (33 %)
De 25 à 29 ans	14 (14 %)	1 (8 %)
De 30 à 34 ans	12 (12 %)	1 (8 %)
35 ans et plus	16 (16 %)	3 (25 %)

Répartition par âge à l'entrée en stage UEROS		
	Centre d'Orientation	Équipe Mobile
Moins de 20 ans	7 (7 %)	0
De 20 à 24 ans	25 (25 %)	4 (33 %)
De 25 à 29 ans	19 (19 %)	2 (17 %)
De 30 à 34 ans	15 (15%)	2 (17 %)
De 35 à 39 ans	18 (18 %)	1 (8 %)
De 40 à 44 ans	9 (9 %)	1 (8 %)
45 ans et plus	7 (7 %)	2 (17 %)

Répartition par ancienneté de l'accident à l'entrée en stage UEROS		
	Centre d'Orientation	Équipe Mobile
Moins d'un an	6 (6 %)	0
De 1 à 2 ans	25 (25 %)	4 (33 %)
De 2 à 4 ans	31 (31 %)	3 (25 %)
De 4 à 9 ans	17 (17 %)	2 (17 %)
10 ans et plus	21 (21 %)	3 (25 %)

Répartition par étiologie des stagiaires UEROS		
	Centre d'Orientation	Équipe Mobile
TC	66 (66 %)	10 (75 %)
Autre lésion cérébrale	34 (34 %)	3 (25 %)

Répartition par origine géographique		
	Centre d'Orientation	Équipe Mobile
Pays de Loire	61 (61 %)	12 (100 %)
Centre	28 (28 %)	0
Autre	11 (11 %)	0

Annexe 7 : Fonctions des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de l'UEROS

Au sein de l'équipe de professionnels de l'UEROS, les fonctions de chacun ont été définies selon une complémentarité interdisciplinaire, afin de répondre à la diversité des besoins et des situations de handicap des personnes accueillies :

- Le **chef de service** est chargé de la coordination générale de l'unité.
- Le **médecin neurologue** est responsable des évaluations et des éventuelles prises en charges médicales.
- Les **aides médico-psychologiques** sont chargés de l'évaluation et du ré-entraînement des activités de vie quotidienne (hygiène, alimentation, déplacements, gestions des temps libres).
- L'**éducatrice spécialisée** assure le bilan des capacités de gestion des documents administratifs, du budget financier et participe au ré-entraînement des capacités d'autonomie. Elle est le "réfèrent social" de l'unité et, à ce titre, elle supervise également la préparation et le suivi social des dossiers des futurs stagiaires.
- L'**éducateur technique spécialisé** est chargé de l'évaluation et du ré-entraînement des capacités de base au travail à partir de mises en situations concrètes en atelier. Il est par ailleurs le réfèrent des programmes d'évaluation et d'élaboration de projets professionnels.
- L'**ergothérapeute** évalue et ré-entraîne les capacités physiques, sensorielles, cognitives, mais aussi de vie relationnelle.
- Le **formateur** est chargé de l'évaluation "scolaire" et du ré-entraînement des connaissances générales (mathématiques, français). Il peut également participer à l'évaluation et l'élaboration de projet professionnel.
- La **neuropsychologue** assure les bilans des capacités cognitives (mémoire, concentration, raisonnement, ...) et participe au ré-entraînement de ces fonctions,
- La **psychomotricienne** travaille plus particulièrement sur la mobilisation des capacités corporelles (évaluation et ré-entraînement via des ateliers de (re)mobilisation corporelle, de spatialisation et de relaxation. Elle assume par ailleurs la coordination pédagogique des actions menées au sein de l'Équipe Mobile.

Annexe 8 : Population des autres établissements et service d'Arceau Anjou

Si l'Unité d'Evaluation n'accueille que des personnes victimes de traumatismes crâniens, ce n'est pas le cas des autres établissements et services d'Arceau Anjou. Les autres étiologies retrouvées sont l'Infirmité Motrice Cérébrale, des pathologie neurologiques dégénératives, ou des handicaps physiques

Répartition par étiologie dans les différents établissements et services d'Arceau Anjou

	Traumatisés crâniens	Autres
C.A.T.	56 %	44 %
A.P.	54 %	46 %
C.A.J.	75 %	25 %
Hébergement	84 %	16 %
S.A.V.S.	50 %	50 %
U.E.R.O.S. C.O.	100 %	0 %
U.E.R.O.S. E.M.	100 %	0 %
U.E.C.O.	100 %	0 %

Au niveau des établissements et services des Unités d'Insertion Sociale et d'Insertion Professionnelle, l'étude des dossiers médicaux des usagers montre que dans de nombreux cas, les équipes de professionnels ne disposent pas d'une évaluation récente des déficits neurologiques et/ou neuropsychologiques dont on a pourtant vu l'importance. Il convient alors de tendre à une généralisation de ces évaluations en interne, afin de réellement pouvoir personnaliser l'ensemble des prises en charges.

Présence d'examens neuropsychologiques datant d'avant l'entrée, de l'année d'entrée ou depuis l'entrée dans les différents établissements ou services d'Arceau Anjou

	Avant l'entrée	L'année de l'entrée	Depuis l'entrée
C.A.T.	23 %	10 %	13 %
A.P.	29 %	14 %	0 %
C.A.J.	83 %	4 %	29 %
Hébergement	35 %	5 %	5 %
S.A.V.S.	n.c. %	n.c. %	n.c. %
U.E.R.O.S. C.O.	n.c. %	100 %	
U.E.R.O.S. E.M.	n.c. %	86 %	
U.E.C.O.	%	100 %	

Annexe 9 : Formations effectuées pas les professionnels de l'UEROS depuis 2001

Bénéficiaires	Type de formation
2001	
Aide Médico-psychologique Centre d'Orientation	Informatique :outil pédagogique et éducatif
Aide Médico-psychologique Équipe Mobile	L'écrit professionnel Les Gestes qui sauvent
Educateur Technique Spécialisé	Complément Internet
Aide Médico-psychologique Centre d'Orientation et secrétaire	Les gestes qui sauvent
Moitié de l'équipe pluridisciplinaire	Sensibilisation sur le traumatisme crânien Approfondissement neuropsychologique (formations internes)
2002	
Psychomotricienne	S'initier à l'entretien
Moitié de l'équipe pluridisciplinaire	Sensibilisation sur le traumatisme crânien Approfondissement neuropsychologique (formations internes)
Aide Médico-psychologique Équipe Mobile	Les gestes qui sauvent (recyclage)
Secrétaire	Informatique Internet
Aide Médico-psychologique Équipe Mobile, Chef de Service et Neuropsychologue	Initiation à la démarche d'Évaluation de la Qualité des services rendus
2003	
Secrétaire	Validation des Acquis Professionnels
Psychomotricienne	DIU Traumatisme crânio-cérébraux
Educatrice Spécialisée	Restaurer "l'estime de soi" des personnes handicapées
2004	
Aide Médico-psychologique Centre d'Orientation	Analyse de l'écoute dans la relation d'entretien
Ergothérapeute	Conséquences d'un traumatisme crânien sur l'autonomie dans les activités journalières : un nouvel instrument pour dresser un bilan

Annexe 10 : Questionnaire de fin de stage UEROS

La présentation générale de ce questionnaire a été spécialement modifiée pour cette annexe. La version proposée aux stagiaires UEROS étant beaucoup plus aérée, puisqu'elle se présente sur six pages. Les questions ont été formulées le plus simplement possible et un professionnel de l'UEROS est toujours à disposition des stagiaires qui souhaitent être aidés pour y répondre.

EVALUATION DE STAGE U.E.R.O.S. STAGE DU AU 200 .

1. Pour quelles raisons avez-vous participé à ce stage UEROS ?

- | | | | |
|---|-------|-------|--|
| - Vous en avez été informé par : | | | |
| - un service social, | Oui o | Non o | |
| - un médecin, | Oui o | Non o | |
| - la COTOREP, | Oui o | Non o | |
| - votre entourage. | Oui o | Non o | |
| - La date du stage se situait au bon moment par rapport à votre situation : | | | |
| | Oui o | Non o | |
| - Le lieu de la formation vous convenait : | Oui o | Non o | |
| - Avoir une rémunération : | Oui o | Non o | |
| - Autres raisons à préciser : | | | |

2. Êtes-vous satisfait du stage que vous venez de suivre ?

- | | | | |
|---|-------|-------|--|
| - Durée du stage : | Oui o | Non o | |
| - Horaires : | Oui o | Non o | |
| - Durée des activités : | Oui o | Non o | |
| - Accueil : | Oui o | Non o | |
| - Écoute : | Oui o | Non o | |
| - Activités proposées : | Oui o | Non o | |
| - Séances individuelles : | Oui o | Non o | |
| - Séances collectives : | Oui o | Non o | |
| - Documentation (journaux, livres, ...) à votre disposition : | Oui o | Non o | |
| - Matériel : | Oui o | Non o | |
| - Locaux : | Oui o | Non o | |
| - Rémunération | Oui o | Non o | |

3. Ces 12 semaines passées vous ont-elles demandé des efforts importants ?

- | | | | |
|--|-------|-------|--|
| - A l'UEROS : | Oui o | Non o | |
| - En entreprise, CAT, AP (si vous y êtes allé) : | Oui o | Non o | |
| - Dans les activités extérieures : | | | |
| - déplacements en bus : | Oui o | Non o | |
| - le mercredi après midi : | Oui o | Non o | |

- Au foyer : Oui o Non o

4. Pour vous, qu'est-ce qui a été le plus pénible ?

- Le respect des règles de vie : Oui o Non o

- La vie en groupe : Oui o Non o

- La fatigabilité : Oui o Non o

- Les difficultés de mémoire : Oui o Non o

- Les activités physiques : Oui o Non o

- Le rythme de travail : Oui o Non o

- Les horaires : Oui o Non o

Autres, à préciser :

5. A la fin de ce stage, avez-vous l'impression ?

- D'avoir atteint votre objectif : Oui o Non o

- D'avoir progressé : Oui o Non o

- D'avoir progressé : Oui o Non o

Dans quel domaine ?

- D'être au même point qu'avant de venir : Oui o Non o

- D'avoir fait des activités inutiles : Oui o Non o

Lesquelles ?

- D'avoir fait des activités utiles : Oui o Non o

Lesquelles ?

- Résumez les raisons de votre satisfaction :

- Résumez les raisons de votre insatisfaction :

6. Parmi les phrases suivantes, quelles sont celles qui traduisent le mieux l'intérêt pour vous de ce stage ? (Numérotez les 4 plus importantes) :

- J'ai repris confiance en moi :

- Je suis motivé pour mener un projet :

- J'ai pu être en contact avec d'autres :

- Je sais ce que je peux faire :

- J'ai touché un revenu :

- Je sais ce que je veux faire plus tard :

- Je suis plus autonome :

- Autre, à préciser :

7. Quelles sont vos priorités juste après ce stage ?

- Réussir dans l'objectif que vous vous êtes fixé : Oui o Non o

- Trouver un travail : Oui o Non o

- Obtenir un diplôme : Oui o Non o

- Avoir un revenu : Oui Non
- Trouver une formation pour poursuivre votre projet : Oui Non
- Avoir les aides pour poursuivre votre projet : Oui Non
- Résoudre des problèmes personnels : Oui Non
- Vivre en autonomie : Oui Non
- Avoir un logement indépendant : Oui Non
- Autre, à préciser :

8. De quoi allez-vous avoir besoin pour poursuivre votre projet ?

- Immédiatement, dans les prochains jours :
- Dans les prochains mois :

9. Le référent

- Son rôle vous semble-t-il bien défini ? Oui Non
- Le temps que vous a consacré le référent est-il suffisant ? Oui Non
- Le référent a-t-il été un interlocuteur privilégié ? Oui Non
- Le référent a-t-il permis une écoute particulière ? Oui Non

10. Les objectifs des activités ont-ils été compris ? Oui Non

11. L'accueil au sein de l'UEROS

- Avez-vous pu établir des relations de confiance avec les professionnels ? Oui Non
- L'aide apportée pour les démarches administratives a-t-elle été suffisante ? Oui Non

12. Les plannings hebdomadaires ont-ils été assez clairs ? Oui Non

13. Les activités de groupe ont-elles été importantes pour vous ?

- Celles du lundi matin : Oui Non
- Celles du mercredi après midi :
 - sorties culturelles : Oui Non
 - sorties plein air. : Oui Non
- Relaxation : Oui Non

14. Qu'avez-vous à proposer pour améliorer l'organisation du stage ?

15. Que conseillerez-vous à une personne qui voudrait entrer à l'U.E.R.O.S. ?

16. En conclusion, qu'est-ce qui vous a le plus marqué pendant ce de stage ?

- Qu'avez-vous le plus apprécié ?
- Qu'avez-vous le moins aimé ?

17. Observations

Merci d'avoir répondu à ces questions.

Nom prénom (facultatif) :

Annexe 11 : Budget prévisionnel de l'UEROS restructurée

GROUPE I	Rubriques	Budget (€)
60611	Eau assainissement	117
60612	Électricité gaz	1 782
60621	Produits pharmaceutiques	60
60623	Fournitures alimentaires	362
606251	Petit matériel hôtelier	189
606254	Produits d'entretien	485
60626	Carburant	1 875
6063	Petit matériel et outillage	713
606441000	Fournitures de bureau	2 283
60671	Fournitures éducatives	1 062
60673	Fournitures sports	0
606	TOTAL	8 927
61122	Fournitures Sports loisirs	242
6112	TOTAL	242
6251	Voyages déplacements	3 000
6256	Missions	0
6257	Réceptions	950
625	TOTAL	3 950
6263	Affranchissements	930
6265	Téléphone	2 957
6268	Autres frais postaux	0
626	TOTAL	3 887
6282	Prestations aliment. extérieur	1 185
6283	Nettoyage	0
6283	TOTAL	1 185
6288	Prestations services divers	1 437
6288	TOTAL	1 437
TOTAL GROUPE I		19 628

GROUPE II	Rubriques	Budget (€)
6218	Interventions extérieures*	850
6218	Int. Ext. CRP Sablé/sarthe	20 500
621	TOTAL	21 350
6226	Honoraires	0
62262	Honoraires comptables	2 240
622	TOTAL	2 240
641	Rémunération du personnel	291 814
641	Rémunération du personnel médical	10 345
641	Rémunération du personnel remplaçant	9 065
63/64	Impôts taxes charges personnel	177 579
648	Charges personnel remplaçant	5 327
63/64	TOTAL	494 130
6487	Stage formation professionnelle	5 600
648	TOTAL	7 600
TOTAL GROUPE II		523 320

* Groupe de parole sur la pratique professionnelle pour les salariés du SAMSAH

GROUPE III	Rubriques	Budget (€)
6132	Location immobilière	20 200
	Location immobilière stagiaires	26 520
6135	Location mobilière	
6132	TOTAL	46 720
6152	Entretien bien immobiliers	480
6155	Entretien bien mobiliers	2 050
6156	Maintenance	1 000
615	TOTAL	3 530
616	Assurances	2 000
616	TOTAL	2 000
6182	Documentation	865
618	TOTAL	865
623	Photocopies**	0
627	Frais bancaire	117
62	TOTAL	117
6556	Frais de siège***	14 822
655	TOTAL	14 822
68111	Dotation amortissements immobilier	12 170
68112	Dotation amortissements immobilier	
6811	TOTAL	12 170
TOTAL GROUPE III		80 224

** Le poste "photocopies" est inscrit dans le budget "fournitures de bureau"

*** 3 % du budget de chaque établissement et service d'Arceau Anjou

Récapitulatif du Budget Prévisionnel du SAMSAH d'Arceau Anjou (€)	
TOTAL GROUPE I	19 628
TOTAL GROUPE II	523 320
TOTAL GROUPE III	80 224
TOTAL GÉNÉRAL	623 172

Le calcul de la masse salariale a été fait sur la base des indices des personnels déjà sous contrat : ces indices étant également retenus pour les personnels à recruter.

Postes	% ETP	Date d'anc.	Indices	Ind sujet. spéc.	Pts Sup. suj. Spéc.	Pts. Indic. Resp.	Pts. maj. famil.	Total pts mensuels proratés	Total points annuels	Brut Annuel (€)
Directeur	1,00	01/02/97	968,00			50		1018,00	12 216,00	43 611,12
Comptable	0,42	12/11/96	741,60		35		1,76	326,91	3 922,93	14 004,88
Secrétaire	0,70	14/10/91	482,00	39,57	10		4	374,90	4 298,81	16 060,74
Total administratif	2,12								20 637,74	73 676,73
Coordinateur	0,50	01/02/01	824,00					412,00	4 944,00	17 650,08
Neuropsychologue	0,50	01/02/01	824,00					412,00	4 944,00	17 650,08
Médecin neurologue	0,10	01/07/03	1 207,40					120,74	1 448,88	5 172,50
Médecin psychiatre	0,10	01/07/03	1 207,40					120,74	1 448,88	5 172,50
A.M.P.*	0,80	01/10/01	461,00	37,85			23,03	417,50	5 010,03	17 885,81
A.M.P.	0,80	21/09/98	432,00	35,47				373,97	4 487,69	16 021,04
A.M.P. nuit	1,00	01/01/98	460,00	37,77				497,77	5 973,19	21 324,30
A.M.P. nuit	1,00	01/01/98	460,00	37,77				497,77	5 973,19	21 324,30
Educateur Spécialisé	1,00	01/02/88	647,00	53,12		26,23		726,35	8 716,18	31 116,78
Educ. Technique Spécialisé	0,80	01/02/89	615,00	50,49			58,33	579,06	6 948,69	24 806,81
Total Méd.soc. et éducatif	8,60									228 481,81
TOTAL GÉNÉRAL	10,72									302 158,54

* A.M.P. : Aide Médico-psychologique

Taux de charges moyen 2003 = 58,77% - 302 158,54 x 58,77% = 177 578,58

TOTAL CHARGES DE PERSONNEL BRUT + CHARGES 479 737,12 €

Annexe 12 : Cadre réglementaire et missions des SAMSAH

Le projet de décret du 28 janvier 2004 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées, précise que ces services ont vocation à contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services offerts de par la collectivité.

Dans le respect du projet de vie et des capacités d'autonomie de chaque usager, ces services mettent en œuvre, dans des proportions adaptées à chacun, tout ou partie des prestations suivantes :

- Evaluation des besoins et des capacités d'autonomie,
- Identification de l'aide à mettre en œuvre,
- Suivi et coordination des actions des différents intervenants,
- Assistance ou aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale,
- Accompagnement dans les actes de la vie domestique, sociale, professionnelle
- Soutien des relations avec l'environnement familial et social,
- Appui et accompagnement favorisant l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle
- Suivi éducatif et psychologique

L'accompagnement médico-social proposé par les SAMSAH comporte, outre les missions d'intégration sociale et professionnelle dévolues aux SAVS, des prestations de soins qui peuvent également se décliner sous forme de régulation ou de coordination de l'accompagnement médical et paramédical en milieu ordinaire

A l'équipe pluridisciplinaire du SAVS (assistants de services sociaux, auxiliaire de vie sociale, psychologues, conseillères en économie sociale et familiale, éducateurs spécialisés et moniteurs éducateurs) s'ajoutent pour le SAMSAH, des médecins et auxiliaires médicaux (aides soignantes, aides médico-psychologiques).

Ces services interviennent sur décision CoTOrEP, le SAVS relève de la compétence du Conseil Général (financement par prix de journées globalisées) et le SAMSAH d'une compétence partagée entre l'Etat et le conseil Général (Financement par forfait de soins⁸⁹ venant en atténuation du budget globalisé).

⁸⁹ Circulaire CIR-24/2004 relative au forfait annuel global de soins pour les foyers d'accueil médicalisés et les services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées.

Annexe 13 : Budget Prévisionnel du SAMSAH

GROUPE I	Rubriques	Budget (€)
60611	Eau assainissement	250
60612	Électricité gaz	2 100
606254	Produits d'entretien	275
60626	Carburant	6 300
6063	Petit matériel et outillage	250
606441000	Fournitures de bureau	2 200
60671	Fournitures éducatives	400
606	TOTAL	11 775
6251	Voyages déplacements	4 000
625	TOTAL	4 000
6263	Affranchissements	880
6265	Téléphone	3 050
626	TOTAL	3 930
6283	Nettoyage	7 500
6283	TOTAL	7 500
6288	Prestations services divers	1 800
6288	TOTAL	1 800
TOTAL GROUPE I		29 005
GROUPE II	Rubriques	Budget (€)
6218	Interventions extérieures*	850
621	TOTAL	850
62262	Honoraires comptables	1 880
622	TOTAL	1 880
641	Rémunération du personnel	281 325
641	Rémunération du personnel médical	14 777
641	Rémunération du personnel remplaçant	8 883
63/64	Impôts taxes charges personnel	174 020
648	Charges personnel remplaçant	5 221
63/64	TOTAL	484 226
6487	Stage formation professionnelle	7 600
648	TOTAL	7 600
TOTAL GROUPE II		494 556

* Groupe de parole sur la pratique professionnelle pour les salariés du SAMSAH

GROUPE III	Rubriques	Budget (€)
6132	Location immobilière	13 278
6135	Location mobilière**	15 000
6132	TOTAL	28 278
6152	Entretien bien immobiliers	980
6155	Entretien bien mobiliers	760
6156	Maintenance	1 660
615	TOTAL	3 400
616	Assurances	2 750
616	TOTAL	2 750
6182	Documentation	350
618	TOTAL	350
623	Photocopies***	0
627	Frais bancaire	150
62	TOTAL	150
6556	Frais de siège****	15 650
655	TOTAL	15 650
68111	Dotation amortissements immobilier	
68112	Dotation amortissements immobilier	7 675
6811	TOTAL	7 675
TOTAL GROUPE III		58 253

** Location de cinq véhicules

*** Le poste "photocopies" est inscrit dans le budget "fournitures de bureau"

**** 3 % du budget de chaque établissement et service d'Arceau Anjou

RECAPITULATIF DU BUDGET PREVISIONNEL DU SAMSAH D'ARCEAU ANJOU (€)	
TOTAL GROUPE I	29 005
TOTAL GROUPE II	494 556
TOTAL GROUPE III	58 253
TOTAL GÉNÉRAL	581 814

Le calcul de la masse salariale a été fait sur la base des indices des personnels déjà sous contrat : ces indices étant également retenus pour les personnels à recruter.

Postes	% ETP	Date d'anc.	Indices	Ind. sujét. spéc.	Pts Sup. suj.	Pts Indic. Resp.	Pts. maj. famil.	Total pts mensuels Proratés	Total points annuels	Brut Annuel (€)
Directeur	0,40	01/10/92	872,00		140	70		432,80	5 193,60	18 541,15
Coordinateur	1,00	01/02/97	968,00			50		1018,00	12 216,00	43 611,12
Comptable	0,60	12/11/96	741,60		35		1,76	467,02	5 604,19	20 006,97
Secrétaire	1,00	14/10/91	482,00	39,57	10		4	535,57	6 426,87	22 943,91
Total administratif	3,00								29 440,66	105 103,91
Médecin coordinateur	0,10	01/07/03	1207,40					120,74	1 448,88	5 172,50
Médecin psychiatre	0,10	01.07/03	1207,40					120,74	1 448,88	5 172,50
Infirmier	0,20	01/01/00	478,00	39,24				103,45	1 241,39	4 431,74
Neuropsychologue	0,50	01/02/01	824,00					412,00	4 944,00	17 650,08
Aide Médico-psychologique	1,00	01/10/01	461,00	37,85			23,03	521,88	6 262,54	22 357,26
Aide Médico-psychologique	1,00	21/09/98	432,00	35,47				467,47	5 609,61	20 026,29
Ergothérapeute	0,50	12/11/96	478,00	39,24				258,62	3 103,46	11 079,36
Psychologue	0,50	01/02/01	824,00			26,23		412,00	4 944,00	17 650,08
Educateur Spécialisé	1,00	01/02/88	647,00	53,12				726,35	8 716,18	31 116,78
Educateur Spécialisé	1,00	01/02/89	615,00	50,49			58,33	723,82	8 685,86	31 008,51
Total Méd.soc. et éducatif	6,90								53 501,21	190 999,30
TOTAL GÉNÉRAL	990								82 941,86	296 102,45

Calcul des appointements du personnel du SAMSAH d'Arceau Anjou