



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**CAFDES**

**Promotion 2004**

**Personnes adultes handicapées**

---

**IMPULSER UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE A PARTIR  
D'UN S.A.V.S. POUR RÉADAPTER SOCIALEMENT DES  
PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES**

**Alain ZUCCHINELLI**

---

# Remerciements

---

Je remercie le Dr Hélène BELLON, Psychiatre Chef du Secteur 3 du Centre Hospitalier Spécialisé « Le Valmont », Président de la CME du même établissement, pour nos entretiens éclairants sur la prise en charge des personnes souffrant de maladie mentale.

Je remercie M. Jean Yves BOIS, Président de la SVER, pour son accompagnement continu et assidu à la préparation de ce projet.

Je remercie M. Jean-Louis RAYMOND, Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé « Le Valmont », pour sa participation à la création du SAVS spécifique au handicap psychique.

Je dédie ce mémoire au Dr Pierre BAUD, Président délégué de la section drômoise de l'UNAFAM, et père d'un enfant handicapé psychique, avec qui j'ai fréquemment échangé sur nos conceptions communes d'une prise en charge sociale des personnes handicapées psychiques. Le Dr Pierre BAUD est décédé le 22 août de cette année 2004.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT MALADE MENTAL A L'USAGER HANDICAPÉ PSYCHIQUE.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La maladie mentale, cette méconnue.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Définition de la maladie mentale. ....	5
1.1.2 Approche des différents aspects de la maladie mentale.....	6
1.1.3 La psychose.....	6
1.1.4 La névrose. ....	8
<b>1.2 La spécificité du handicap psychique.....</b>	<b>10</b>
1.2.1 Le handicap psychique face à la CIH. ....	10
1.2.2 Le handicap psychique, mythe ou réalité ? .....	12
1.2.3 Exemple d'un parcours chaotique.....	14
1.2.4 Les caractéristiques du handicap psychique, une conséquence de la maladie mentale.....	15
<b>1.3 La psychiatrie hospitalière, ce partenaire mal connu.....</b>	<b>16</b>
1.3.1 Histoire de la psychiatrie. ....	17
1.3.2 Vers une logique de sectorisation.....	19
1.3.3 Le financement des soins psychiatriques .....	20
1.3.4 L'organisation de la psychiatrie.....	21
<b>1.4 Le département de la Drôme, un territoire atypique.....</b>	<b>22</b>
1.4.1 Données territoriales chiffrées. ....	22
1.4.2 Des établissements sociaux aux marges du service rendu. ....	23
<b>1.5 L'organisation hospitalière psychiatrique drômoise.....</b>	<b>23</b>
1.5.1 Naissance du dernier Centre Hospitalier Spécialisé sous la forme d'un village. ...	24
1.5.2 La sectorisation départementale. ....	24
<b>1.6 Les différentes prises en charge sociale sur le territoire drômois. ....</b>	<b>25</b>
1.6.1 L'État et les collectivités territoriales. ....	26
1.6.2 La Commission technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel. ....	26
1.6.3 Les dispositifs de retour à l'emploi : L'ANPE et les CAP Emploi. ....	28
1.6.4 Le Travail Protégé. ....	28
1.6.5 Les lieux de vie et d'hébergement. ....	30
1.6.6 Les associations de familles. ....	30

<b>2</b>	<b>METTRE DU LIEN DANS LE TRAVAIL DES ACTEURS SANITAIRES ET SOCIAUX.....</b>	<b>33</b>
<b>2.1</b>	<b>Le positionnement de l'association messidor.....</b>	<b>33</b>
2.1.1	Histoire de l'association messidor.....	33
2.1.2	L'insertion sociale basée sur la valeur du travail.....	33
2.1.3	Les principes fondamentaux garants des valeurs associatives.....	34
2.1.4	Analyse de la population des usagers de l'établissement de la Drôme.....	35
2.1.5	Comment améliorer la prise en charge du public de personnes handicapées psychiques sur le territoire drômois ? .....	36
<b>2.2</b>	<b>Le travail, une valeur de resocialisation.....</b>	<b>37</b>
2.2.1	Histoire de la valeur « travail » .....	37
2.2.2	Le travail dans son rapport social.....	38
2.2.3	Le travail mis en relation avec les usagers de l'association messidor.....	39
<b>2.3</b>	<b>Le besoin de renforcer l'accompagnement social.....</b>	<b>41</b>
2.3.1	L'accompagnement social au regard de la psychiatrie.....	42
2.3.2	L'accompagnement social au regard de l'utilisateur et de sa famille.....	43
2.3.3	L'utilisateur doit permettre de fédérer l'ensemble des partenaires sociaux.....	46
2.3.4	Un objectif de l'accompagnement : l'autonomie.....	46
<b>2.4</b>	<b>La nécessité d'une construction d'un collectif.....</b>	<b>48</b>
2.4.1	Le travail en réseau, une volonté historique du législateur.....	49
2.4.2	Les conseils de secteur, un outil mal utilisé.....	50
2.4.3	Les intérêts partagés dans la création d'un collectif.....	51
<b>3</b>	<b>METTRE EN ŒUVRE UN SAVS ARTICULÉ AUTOUR D'UN COLLECTIF.....</b>	<b>55</b>
<b>3.1</b>	<b>La construction du collectif.....</b>	<b>55</b>
3.1.1	Les partenaires du collectif.....	56
3.1.2	Fonctionnement du collectif.....	57
3.1.3	Les missions du collectif.....	58
3.1.4	Mise en place de l'évaluation du collectif.....	59
3.1.5	Comment faire perdurer ce collectif ? .....	59
<b>3.2</b>	<b>Quel positionnement par rapport à l'association messidor ?.....</b>	<b>60</b>
3.2.1	La recherche de l'adhésion du conseil d'Administration.....	60
3.2.2	Organisation du futur SAVS avec les établissements CAT et AP.....	62
<b>3.3</b>	<b>Conceptualisation du SAVS pour les personnes handicapées psychiques.....</b>	<b>62</b>
3.3.1	Les caractéristiques du futur SAVS.....	64
3.3.2	Objectifs généraux de réhabilitation.....	66
3.3.3	Les modalités d'admission de l'utilisateur.....	66

3.3.4	Le parcours d'accompagnement social de l'utilisateur. ....	68
3.3.5	Les niveaux d'intervention du SAVS.....	69
<b>3.4</b>	<b>Définition des moyens humains et de managements.....</b>	<b>70</b>
3.4.1	Les moyens humains du SAVS.....	71
3.4.2	Les outils de management. ....	72
3.4.3	Les modes opératoires de fonctionnement du service.....	72
3.4.4	Les moyens financiers.....	74
3.4.5	L'évaluation.....	75
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>79</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>83</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>87</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH :	Allocation aux Adultes Handicapés.
ADAPEI :	Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés.
AGEFIPH :	Association pour la Gestion des Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées.
ANPE :	Agence Nationale Pour l'Emploi.
AP :	Atelier Protégé.
ARH :	Agence Régionale d'Hospitalisation.
CAT :	Centre d'Aide par le Travail.
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé.
CIF :	Classification Internationale du Fonctionnement humain, du handicap et de la santé.
CIH :	Classification International des Handicaps.
CIM :	Classification Internationale des Maladies.
CME :	Commission Médicale d'Etablissement.
CMP :	Centre Médico-Psychologique.
COTOREP :	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.
CRDI :	Centre de Ressources Documentaires et d'Informations.
CREAI :	Centre Régional d'études pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées.
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DDTEFP :	Direction Départementale du Travail et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.
DRTEFP :	Direction Régionale du Travail et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.
ETP :	Equivalent Temps Plein.
FASM :	Fédération d'Aide à la Santé Mentale (Croix-Marine).
GRTH :	Garantie de Ressources des Travailleurs Handicapés.
IDEE :	Information pour le Développement de l'Emploi en Entreprise.
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée.

MO : Milieu Ordinaire de travail.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PDITH : Plan Départemental d'Insertion pour les Travailleurs Handicapés.

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (ou RTH).

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

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.

SDO : Schéma Départemental d'Organisation.

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

SVER : Société Valentinoise d'Entraide et de Réadaptation.

UNAFAM : Union Nationale des Amis et Famille de Malades Mentaux.

## INTRODUCTION

*Sylvie<sup>1</sup> avait une trentaine d'années. Elle travaillait dans le Centre d'Aide par le Travail de l'association messidor<sup>2</sup> dans une activité de bureautique et de micro-édition. Elle était très experte dans ce métier de la chaîne des arts graphiques. Cela représentait pour elle vraisemblablement un moyen de valoriser ses compétences professionnelles, de se maintenir dans une activité qui lui permettait de vivre et penser normalement. Si elle s'était retrouvée usager du travail protégé, c'est qu'elle avait enduré une situation insurmontable. Un jour de sa petite enfance, alors qu'elle jouait dans sa chambre avec sa sœur, son père est venu dans un état de démence égorger sa sœur devant elle. Depuis cet évènement est resté gravé dans sa mémoire. Elle appréciait beaucoup son activité professionnelle Il était prévu qu'elle ferait une formation qualifiante dans ce domaine. Mais un lundi matin, après un long week-end de fête, on nous informa que Sylvie s'était suicidée avec des barbituriques, après être restée seule dans son logement durant ses longues journées d'inactivité.*

Cette histoire vécue, illustre ce que représente la souffrance psychique. Le professeur Jean-Louis Terra, lors de la 52<sup>e</sup> journée nationale des Fédérations d'aide à la Santé Mentale des Croix-Marine à Lyon, aborda le sujet de la prévention du suicide. Actuellement il y a en France plus de dix mille décès par an liés au suicide. Jean-Louis Terra expose : « un examen attentif des personnes décédées par suicide montre qu'elles avaient souvent cherché, pendant plusieurs semaines, de l'aide et des solutions pour atténuer ou arrêter leurs souffrances »<sup>3</sup>. Ceci laisse à penser que dans le cas de Sylvie, une simple présence le week-end, aurait permis de rompre cet isolement et de redonner un sens à une vie tourmentée. A cette époque, j'avais la responsabilité de ce secteur d'activité de bureautique où Sylvie était usager.

En 2001 le Conseil d'Administration de l'association messidor m'a confié la Direction de deux établissements sur le département de la Drôme: Un Centre d'Aide par le Travail (CAT) et un Atelier Protégé (AP). Cette association limite son champ d'action sociale, à repositionner des usagers handicapés psychiques dans le cadre de remise en situation de

---

<sup>1</sup> Il s'agit d'un nom d'emprunt.

<sup>2</sup> Le nom déposé de « messidor » ne prend pas de majuscule.

<sup>3</sup> *Les Souffrances Psychiques – Lutter ensemble contre la perte espoir*. 52<sup>e</sup> journées nationales des Fédérations d'aide à la Santé Mentale des Croix –Marine. 2003. Lyon.



travail professionnel. Ces usagers sont essentiellement composés de personnes adultes et qui ont été orientées par les commissions COTOREP dans le champ du travail protégé. Elles ont, pour une grande majorité d'entre elles, subi une rupture dans leurs vies sociales liée aux conséquences de la maladie mentale et ont été stabilisées par une hospitalisation psychiatrique plus ou moins longue.

Le cas de Sylvie a été pour moi un des déclencheurs : la seule prise en charge sociale sur le volet du travail protégé reste insuffisant pour réhabiliter socialement une personne en souffrance psychique. En effet, sans occulter le travail des équipes soignantes, la personne handicapée psychique doit pouvoir retrouver une vie sociale normale après les périodes d'hospitalisation. C'est ainsi que les acteurs du monde médico-social et social devront mettre à disposition de ces usagers plusieurs types de prises en charge. Celles-ci doivent être axées sur l'hébergement, l'accompagnement dans les actes de la vie sociale, sur la mise à disposition de lieux occupationnels resocialisants et éventuellement sur la remise au travail progressive. De même, il me semble obligatoire que toutes ces prises en charge soient coordonnées afin de donner une cohérence dans le parcours de réhabilitation sociale de l'utilisateur. Néanmoins, le but recherché n'est pas de créer une prise en charge « enfermante » pour l'utilisateur sans qu'il n'ait d'autres alternatives. Mais c'est de mettre à la disposition des professionnels pluridisciplinaires un lieu de discussion et d'échange sur la pratique afin d'harmoniser les objectifs d'une prise en charge sociale sur un territoire.

C'est ainsi que sur le département de la Drôme, j'ai mis en exergue plusieurs axes de développement dans la prise en charge de la personne handicapée psychique. Le premier axe consiste à améliorer le travail en réseau entre la psychiatrie et le social. Le second axe consiste à mettre en place un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, spécifique au handicap psychique. Le dernier axe est de créer un collectif départemental, pour améliorer la cohérence de la prise en charge sociale de ces usagers.

J'ai volontairement limité cette étude à la population des personnes adultes handicapées psychiques. Je reste conscient de la problématique sociale posée par la santé mentale concernant la population des personnes en situation de souffrance psychique, mais cela demande d'autres formes de prises en charge sociale qui ne font pas l'objet de ce

mémoire. J'ai éclairé cette étude par l'apport extérieur du rapport ministériel<sup>4</sup> tel celui du Dr Éric Piel et du Dr Jean-Luc Roelandt. J'ai également approfondi mes connaissances de la prise en charge sociale des usagers par une lecture attentive de plusieurs ouvrages. Les écrits du Dr Bernard Jolivet<sup>5</sup> m'ont permis de mieux cerner le volet de la psychiatrie. Les écrits de Marcel Jaeger<sup>6</sup> m'ont permis de comprendre la nécessité de mettre en cohésion le travail des professionnels du sanitaire au social. Le « Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France »<sup>7</sup> m'a renseigné sur la nécessité d'adapter le dispositif social aux besoins des personnes handicapées psychiques. D'autres ouvrages éclaireront des points particuliers de cet écrit, tels ceux qui définissent les maladies psychiques ou les concepts qui sont de nos jours des fers de lance de l'action sociale.

Mon analyse s'est également fortement inspirée de la notion de territorialité. En effet il me semble important dans toute recherche d'amélioration ou de création de dispositifs sociaux, de prendre connaissance de l'histoire d'un territoire et de connaître également les différentes organisations sociales qui y sont implantées. C'est pourquoi il m'est apparu opportun dans un premier temps de traiter cette réflexion en mettant une distance par rapport à l'action sociale de l'association messidor. Je pense qu'il est nécessaire de prendre du champ, afin de ne pas rester confiné dans sa propre représentation d'une prise en charge sociale. Je tenais délibérément à me dégager provisoirement de mon expérience dans le travail protégé pour mieux appréhender la problématique de la réinsertion sociale des personnes handicapées psychiques.

C'est ainsi que j'oriente le début de ce mémoire par une approche de la maladie mentale et des spécificités du handicap psychique. Cette meilleure connaissance de la prise en charge du patient relevant des soins psychiatriques et de l'usager relevant de la prise en charge sociale et médico-sociale sur le territoire drômois me permettra de mieux concevoir l'élaboration d'un collectif de professionnels. Il me faut de même souligner un fait important. Lors d'un stage de trois semaines que j'ai effectué au sein de l'hôpital psychiatrique de Valence « Le Valmont », j'ai été la première personne issue du secteur social à avoir souhaité approfondir ses connaissances au sujet de la psychiatrie

---

<sup>4</sup> Dr PIEL E. et Dr ROELANDT J.L. *De la psychiatrie vers la Santé Mentale*. Rapport de mission. Juillet 2001. 109 p.

<sup>5</sup> JOLIVET B. *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*. Paris : Frison Roche, 1995. 157 p.

<sup>6</sup> JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social - Travail social et psychiatrie*. Paris : Dunod, 2000. 172 p.

<sup>7</sup> SANTE MENTALE EN FRANCE. *Le Livre Blanc des Partenaires de Santé Mentale France*. Paris : EDS, 2001. 64 p.

hospitalière. Ce constat souligne bien ce clivage qui existe encore de nos jours entre les professionnels de la santé et les professionnels du social.

Ce n'est que dans la seconde partie de ce mémoire que j'analyse l'action sociale de l'association messidor. Aux travers des concepts de cette association, je ré-interroge ses valeurs associatives basées sur la remise au travail des usagers. Fort de cette analyse, j'aborde la suite de ce chapitre par la nécessité de compléter et de conceptualiser le dispositif actuel de prise en charge sociale de personnes handicapées psychiques, par un dispositif d'accompagnement de l'utilisateur. De même, afin d'améliorer la prestation sociale mise à la disposition de l'utilisateur, il est nécessaire de réfléchir sur la notion d'articulation du travail des professionnels du sanitaire et du social et également de mettre en cohérence le parcours social de l'utilisateur. Par rapport à cette approche, je m'appuie sur les notions de réseaux ou de collectif.

La troisième partie de ce mémoire est orientée sur deux axes complémentaires. Le premier consiste à prévoir la mise en place sur le territoire drômois d'un collectif spécifique au handicap psychique. Le second axe, en appui avec ce collectif, est de prévoir la Création d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale sur la ville de Valence, dispositif pour les usagers relevant également du même handicap.

# 1 DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT MALADE MENTAL A L'USAGER HANDICAPÉ PSYCHIQUE.

## 1.1 La maladie mentale, cette méconnue.

Il est encore très fréquent de nos jours que la maladie mentale effraie le grand public. Celle-ci reste une maladie imprévisible qui ne se voit pas et qui modifie la perception du relationnel entre les personnes. Devant cette inquiétude partagée, il n'est pas rare que la personne en souffrance psychique soit mise au regard de la société. Le terme « *il faut l'enfermer* » reste totalement inscrit dans nos réflexes linguistiques. De même, la formulation « *tu vas aller au Vinatier<sup>8</sup>, à Pierrefeu<sup>9</sup>* » fait encore partie d'un langage courant, pour spécifier cette intention de mettre une personne en retrait de notre lieu de vie sociale ou de lui spécifier sa folie. Il m'est apparu important, avant de traiter du handicap psychique, d'introduire ce chapitre par la définition générale de la maladie mentale et d'en tracer quelques représentations psychiatriques.

### 1.1.1 Définition de la maladie mentale.

Dans leur rapport ministériel, le Dr Éric Piel et le Dr Jean-Luc Roelandt nous informent que « *dans le monde, 400 millions de personnes sont concernées par un trouble mental* » et qu'en 2001 « *un français sur quatre souffrira d'un trouble mental* »<sup>10</sup>. Nous avons donc à prendre en compte une maladie qui concerne un quart de la population nationale. Bien sûr, ce n'est pas parce que l'on souffre d'une légère dépression, d'angoisse ou d'insomnie chronique que l'on relève de soins psychiatriques. Mais ces chiffres restent significatifs et traduisent bien l'importance quantitative de cette pathologie.

La maladie mentale peut être définie sous l'angle d'une pathologie qui doit être soignée à l'aide d'un diagnostic réalisé par l'écoute, l'échange et l'étude du comportement du patient. Elle peut aussi être sommairement définie par une incapacité de la personne à élaborer des relations avec d'autres : elle est souvent liée à un désordre de l'organisation de la pensée. Il peut s'agir enfin d'une caractéristique spécifique d'un comportement anormal d'une personne dans un environnement social particulier. La maladie mentale

---

<sup>8</sup> Centre Hospitalier Spécialisé de la Ville de Lyon.

<sup>9</sup> Centre Hospitalier Spécialisé du département du Var.

<sup>10</sup> Dr PIEL E. et Dr ROELANDT J.L. *De la psychiatrie vers la Santé Mentale*. Rapport de mission. Juillet 2001. 92 p. Introduction, pp. 9-11.

doit être soignée comme une maladie avec un traitement médicamenteux et d'autres thérapeutiques biologiques adaptées, mais elle doit souvent être accompagnée d'un suivi psychologique et social.

La maladie mentale, fait appel également à trois particularités distinctives : La « chronicité », une personne souffrant de psychose peut voir évoluer sa maladie sur plusieurs dizaines d'années, à l'inverse de la médecine classique où, à un certain moment, la guérison, la consolidation et le cas échéant le handicap mettent un terme aux soins. La deuxième particularité est celle de l'évolutivité c'est à dire que face à une maladie mentale stabilisée, le handicap généré par cette maladie peut être évolutif. Et en troisième et dernière particularité la subjectivité : en effet, la maladie mentale oblige à prendre en compte la douleur et la souffrance « subjective » en tenant compte de l'histoire médico-sociale du sujet.

### **1.1.2 Approche des différents aspects de la maladie mentale.**

Il n'est pas de ma compétence d'aborder dans leur ensemble les différentes sémiologies de la maladie mentale. Mais il me semble important d'en connaître les différents symptômes afin de mieux éclairer la prise en charge sociale de ces personnes. Les différentes attitudes des personnes handicapées psychiques pourront alors être mieux appréhendées dans leurs environnements sociaux, grâce à une meilleure connaissance de leurs comportements relationnels.

Selon Bruno Castets<sup>11</sup>, la maladie mentale peut se décliner en deux grands groupes de pathologie : la psychose et la névrose.

### **1.1.3 La psychose.**

Celle ci peut se définir sur trois plans :

A) Sur le plan du clinicien : la psychose se présente sous l'aspect d'une personne délirante et démente. Dans le délire qui nourrit l'aspect psychologique de la personne, c'est un autre langage, qui n'est plus le langage commun. C'est un langage qui a un autre sens, une autre valeur, au moins à certains moments. La difficulté avec ces patients est de savoir « *quand est-il à côté de la plaque, quand n'y est-il pas ? Parfois,*

---

<sup>11</sup> CASTETS B. *Qu'est que la psychiatrie*. Toulouse : Editions Privat, 1993. 208 p. Pratiques Sociales.

*il est effroyablement difficile de le savoir »<sup>12</sup> A nous professionnels, de faire la part des choses.*

- B) Sur le plan de la structure : dans la psychose, comme nous l'avons précédemment évoqué sur le plan clinique, la structure de la personne est altérée par un langage en rupture avec le langage commun. Nous sommes souvent situés dans une incompréhension du champ étranger où les mots, les idées, les signes extérieurs n'ont pas le même sens pour nous et la personne malade. Cependant, une certaine communication superficielle reste possible.
- C) Sur le plan de la déstructuration : le malade psychotique rompt manifestement avec le langage normal, mais en rompant avec ce langage, il rompt avec toute sa structure, c'est pourquoi la psychose est déstructurante.

Les formes les plus courantes de psychose peuvent se répertorier ainsi :

Le délire : C'est un refuge dans l'imaginaire du psychotique, avec une extériorisation de cet imaginaire. C'est le symptôme le plus visible de la maladie, il se rapproche de l'état démentiel, où l'articulation du langage et du raisonnement nous est étrangère, où la rationalisation est impossible. C'est une perte de l'appareil de communication. Dans les délires, nous pouvons pointer les délires paranoïaques qui représentent le type même du délire systématisé et organisé autour d'un même thème. Le délire de jalousie, procédurier, de revendication, de persécution, hypocondriaque et hallucinatoire.

La démence : C'est la perte ou bien l'absence de l'instrument de communication et de pensée qu'est le langage. De ce fait, l'être humain ne se sent plus exister en tant que sujet, il se fabrique un monde délirant pour échapper à cette situation. Il s'installe dans un autre monde. Les personnes âgées sombrent parfois dans la démence en se réfugiant dans l'enfance. La défense de leurs délires est un moyen existentialiste.

La dépression : Les signes de la dépression sont la tristesse, l'ennui, l'angoisse. La tristesse est une façon de se sentir. C'est un sentiment de manque qui peut être normal dans certains cas (perte d'un proche) et pas dans d'autres. L'ennui, lui, a la particularité pour la personne de ne pas savoir où elle peut mettre son désir. On s'ennuie parce qu'on promène un désir dont on ne sait que faire. Il renvoie à la mort. L'angoisse ou l'anxiété sont des réactions de défense face à un danger, et engagent des possibilités

---

<sup>12</sup> CASTETS B. *Qu'est que la psychiatrie*. Toulouse : Editions Privat, 1993.208 p. Pratiques Sociales. Chapitre 6, Introduction à la notion de psychose, pp. 69-80.

psychologiques du sujet. Cet état psychologique procure un sentiment de perte ou de danger, il épuise et paralyse la personne. La dépression quant à elle renvoie à l'envie de rien, tout est désinvesti, on n'a plus d'amour à mettre en rien. Il ne reste donc comme alternative, chez les « petits vieux » par exemple, que le désir de se laisser mourir, pour d'autres sujets de se suicider ou tomber dans le délire.

La schizophrénie : Il s'agit d'une affection qui touche les sujets souvent à l'âge de l'adolescence<sup>13</sup>. Elle se caractérise par une désorganisation profonde de toutes les activités psychiques. Elle se traduit par un repli de la personne sur elle-même, dans une vie autistique. Elle est souvent accompagnée d'une activité délirante. Elle se caractérise souvent par un début insidieux, une évolution lente et progressive. C'est une des formes de la maladie que nous retrouvons fréquemment chez les personnes handicapées psychiques. Les symptômes s'améliorent avec les traitements, mais les risques de rechutes restent élevés. En effet, des patients stabilisés rechutent après avoir cessé d'eux-mêmes de suivre leurs médications. Dans ces cas leurs stabilisations seront plus longues et plus difficiles pour le clinicien.

#### **1.1.4 La névrose.**

C'est un sujet embarrassant, car d'après Bruno Castets, « *la structure névrotique est la structure normale de l'être humain, il n'est personne qui ne présente dans sa personnalité des traits névrotiques* »<sup>14</sup>. Seule une exagération de ces névroses provoque l'état pathologique. Les mécanismes de défense de l'individu les aident à vivre dans un univers social. Or, le névrosé va inconsciemment amplifier certains mécanismes ou s'en interdire d'autres.

Les formes les plus courantes de névroses peuvent se répertorier ainsi :

La névrose obsessionnelle : La personne obsessionnelle est respectueuse des règles communes. Nous avons tous une part « d'obsessionnalité » dans notre comportement. Une personne scrupuleuse des règles d'hygiène peut dans une maniaquerie excessive nettoyer son logement du matin au soir, sans que cela soit préjudiciable à la qualité de sa vie sociale. La personne obsessionnelle est souvent angoissée par le fait qu'elle ne

---

<sup>13</sup> Pr GRANGER B. (sous la direction de), *La psychiatrie d'aujourd'hui - Du diagnostic au traitement*. Paris : Edition Odile Jacob, 2003. 545 p.

<sup>14</sup> CASTETS B. *Qu'est que la psychiatrie*. Toulouse: Editions Privat, 1993. 208 p. Pratiques Sociales. Chapitre 11, les névroses, pp.117-134.

pourra atteindre l'objet de son désir. Il y aura pathologie quand la personne ne pourra plus vivre normalement avec son obsession.

La névrose phobique : De même la phobie reste liée à notre propre comportement social. Qui n'a pas éprouvé des angoisses profondes, lors d'un voyage en avion, à la vision de serpents ou d'oiseaux pour certains ? Il est normal d'avoir peur de ce que l'on ne connaît pas. La vraie phobie s'adresse à la représentation que l'on se fait de l'objet ou de la situation en la dissociant de la réalité. Il y a pathologie quand les défenses de la personne deviennent intolérables pour elle et son entourage.

L'hystérie: En raccourci, nous pouvons dire que l'hystérie est un langage du corps. Certes, ceci reste profondément lié à nos origines ethniques. Une femme d'origine italienne face à un drame n'aura pas le même comportement qu'une femme d'origine nordique. Cependant Il y a pathologie quand l'hystérie ne permet plus de maintenir un positionnement social normal. La paralysie hystérique, avec des formes de paralysies partielles ou complètes, de crises convulsives, d'aphasie et de crises gestuelles et catatoniques en est une représentation pathologique.

La perversion : C'est la seule dénomination des états pathologiques de la santé mentale qui fait appel à une notion d'ordre moral. En effet, l'ensemble des termes utilisés précédemment fait appel à une connotation scientifique. Alors que le mot pervers est utilisé dans un sens moral : « *il est pervers cet homme là !* ». Les pervers se déclinent en plusieurs catégories : les voyeurs, les exhibitionnistes, les fétichistes, les masochistes et les sadiques. Cette notion de perversité est donc fortement liée à la sexualité de la personne. En tant que pathologie, elle se traduit par la quête de quelque chose qui vient se substituer à l'objet érotique de façon durable.

En conclusion à ce chapitre, nous pouvons dégager plusieurs constats. Le premier consiste à reconnaître que la présentation que nous venons de faire est très succincte par rapport à la connaissance actuelle de la psychiatrie. Mais cela reste cependant éclairant quant à la prise en charge de l'usager dans les dispositifs sociaux et médico-sociaux. Le second constat permet également de vérifier que notre population, en tant qu'usager d'une prise en charge sociale, reste pour une grande majorité constituée de personnes souffrant de psychose. Les usagers atteints de pathologies spécifiques à la névrose peuvent que très rarement s'orienter vers une reconnaissance en tant que personnes handicapées psychiques. En effet, comme nous l'avons précédemment énoncé la névrose est une pathologie, où le patient est conscient de son trouble, et qui de manière générale consulte de lui-même les soignants. La personne, suite à un traitement thérapeutique adapté, retrouve aisément sa place dans une vie sociale normale. Le



troisième et dernier constat me permet de mieux situer les personnes handicapées psychiques souffrant de psychose, une fois stabilisées par les soins. Cette non-reconnaissance de la maladie par l'utilisateur lui-même, devra être un indicateur pertinent pour mettre en alerte l'intervenant social, lors d'une anomalie constatée dans son discours ou son comportement.

## **1.2 La spécificité du handicap psychique.**

Il est important dans un premier temps de préciser la population sur laquelle va s'appuyer la suite de ce document. En effet le public ciblé concerne les personnes souffrant de handicap psychique qu'il est fondamental de différencier de la déficience mentale. Cette dernière fait référence en psychiatrie, « *aux déficiences liées en générales, à une altération du système nerveux central, avec des répercussions motrices, intellectuelles et cognitives* »<sup>15</sup>. Cette différenciation n'est pas encore pleinement reconnue dans les différentes instances de notre pays, le terme global de handicap mental restant encore couramment utilisé. J'aborde ce chapitre en traçant en premier lieu les grandes lignes de la classification des handicaps, puis mets en avant les problématiques liées à la reconnaissance du handicap psychique, ce qui me paraît essentiel. Après la présentation d'un exemple éclairant, je conclus ce chapitre par une définition du handicap psychique.

### **1.2.1 Le handicap psychique face à la CIH.**

La COTOREP utilise la Classification Internationale des Handicaps, construite d'après le modèle du Dr Philippe Wood<sup>16</sup>.

Cette classification repose sur la volonté de considérer la maladie ou le trouble, du point de vue de l'intégralité de la personne humaine. De ce fait, la classification n'intègre pas seulement la description du problème mais elle prend en compte l'utilisateur lui-même dans son environnement. Celle-ci repose sur trois concepts de base :

---

<sup>15</sup> SANTE MENTALE EN FRANCE. *Le Livre Blanc des Partenaires de Santé Mentale France*. Paris : EDS, 2001. 64 p. Chapitre 1, Reconnaître le handicap psychique, p. 17.

<sup>16</sup> Actes du colloque CTNERETHI, *Classification internationale des handicaps : du concept à l'application*. Évy: Edition PUF, 1988. 203 p.

- A) La déficience, « *perte d'une substance ou altération d'une structure ou d'une fonction ou d'une structure psychologique* », affecte la constitution même de la personne. Elle décrit une déviance par rapport à une norme de l'individu.
- B) L'incapacité, « *réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain* », vise donc le niveau de performance que l'on est en droit d'attendre pour une personne prise dans son intégralité.
- C) Le désavantage, « *résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels* ». Cette approche du handicap est récente, en effet le « désavantage » est défini comme une déviation par rapport à ce que l'on peut attendre d'un individu, placé dans un environnement socioculturel.

En appliquant cette classification aux personnes handicapées psychiques, nous pouvons retenir, parmi les neuf catégories de déficience, la déficience du psychisme. Le comportement, la communication, les soins corporels, la locomotion et les maladroises concernent l'incapacité. L'orientation, la mobilité, l'occupation du temps, l'intégration sociale et l'indépendance économique concernent quant à elles, le désavantage.

La nature même du handicap psychique reste variable dans le temps, comme le précise Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale, en parlant du handicap, car « *il a un caractère évolutif déstabilisant* »<sup>17</sup>. Cette notion d'évolution nous fait entrevoir, le concept d'alternance, entre une période de soins et une période de prise en charge sociale. L'articulation du sanitaire et du social<sup>18</sup> prend alors tout son sens dans cette approche. Ce caractère « évolutif » de la maladie rend le parcours complexe pour les acteurs de terrain. La classification d'un usager dans une catégorie de handicap sera variable dans le temps en fonction de l'évolution de cette pathologie.

Cependant la FASM Croix Marine s'est beaucoup inspirée des travaux de Philippe Wood de manière à faire reconnaître le handicap psychique. Ceci a permis de repérer les conséquences de l'évolution de la maladie dans le registre des incapacités et celui du

---

<sup>17</sup> SANTE MENTALE EN FRANCE. *Le Livre Blanc des Partenaires de Santé Mentale France*. Paris : EDS, 2001. 64 p. Chapitre, Observation sur la population concernée, p. 23.

<sup>18</sup> JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social - Travail social et psychiatrie*. Paris : Edition Dunod, 2000. 172 p.

désavantage social. Cette reconnaissance a donc permis de « faire exister »<sup>19</sup> le handicap psychique, en lui donnant une spécificité par rapport aux autres handicaps.

Depuis, le modèle social de la Classification Internationale du Fonctionnement humain, du handicap et de la santé (CIF) a succédé au modèle individuel et biomédical de la CIH. Cette nouvelle classification ne vise plus une population cible « les handicapés », mais tous les individus, et ce dans une acceptation élargie de la notion de santé. Elle prévoit une activité possible de la personne et sa participation résultante aux situations de la vie. La personne handicapée ou la personne en situation de handicap devient alors une personne citoyenne dont l'activité limitée entraîne une restriction de sa participation sociale.

### **1.2.2 Le handicap psychique, mythe ou réalité ?**

Comme nous l'avons évoqué, le terme de handicap mental regroupe les personnes souffrant de handicap psychique et les personnes relevant de la déficience intellectuelle. Cette association, dans cette notion de handicap, était depuis très longtemps basée sur le concept où le malade mental relevait des soins et non du champ du social.

La Circulaire 60AS du 8 décembre 1978, qui est le principal texte de référence concernant les caractéristiques de Centre d'Aide par le Travail (CAT), affirme : « *Il vous appartiendra de veiller à ce que l'accueil de malades mentaux reste limité afin de ne pas rompre l'équilibre de la population reçue par le centre d'aide par le travail et de ne pas détourner la vocation de celui-ci qui reste avant tout l'accueil et la mise au travail des personnes handicapées* »<sup>20</sup>. Cette même Circulaire permet l'intégration du malade mental dans un CAT « *à condition de passer convention avec le secteur ou l'intersecteur psychiatrique dont relève l'intéressé* »<sup>21</sup>. Dans cette circulaire, la personne souffrant de maladie mentale ne peut donc pas relever du droit commun quant à sa reconnaissance de personne handicapée.

---

<sup>19</sup>SANTE MENTALE EN FRANCE. *Le Livre Blanc des Partenaires de Santé Mentale France*. Paris : EDS, 2001. 64 p. Chapitre, Comment faire exister la population concernée, p. 31.

<sup>20</sup> Circulaire 60AS du 8 décembre 197, article 144-22.

<sup>21</sup> Circulaire 60AS du 8 décembre 197, article 144-21.

Dans leur rapport ministériel, le Dr Éric Piel et le Dr Jean-Luc Roelandt<sup>22</sup> nous font part de leurs réflexions sur la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, loi n°75-534 du 30 juin 1975. Selon eux, le législateur a mentionné une disposition particulière aux « *malades mentaux dont l'état ne nécessite plus le maintien en hôpital psychiatrique mais qui requière temporairement une surveillance médicale et un encadrement en vue de leur réinsertion sociale* »<sup>23</sup>. A cette époque, les psychiatres répugnaient eux-mêmes à « *enfermer les malades dans les statuts de handicapés* ». En conséquence, les personnes handicapées par la maladie mentale avaient un traitement particulier : ils étaient soumis « *à une injonction de guérir* ». La prise en charge des personnes handicapées psychiques était alors renvoyée dans le champ du sanitaire.

Cette non reconnaissance du handicap psychique, comme usager du champ social, est restée d'actualité jusqu'à nos jours. En effet, les outils informatiques de la COTOREP, qui ont été conçus après les années 75, ne différencient pas le handicap mental du handicap psychique. C'est ainsi que dans le bilan annuel 2002 de la COTOREP<sup>24</sup> sur le département de la Drôme, seul le handicap mental y fait référence. Il est donc totalement impossible sur ce département de recenser la population des personnes handicapées psychiques. Dans son rapport, Michel Charzat précise que « *des travaux sont en cours pour les doter du système d'information qui permettra de recueillir les données utiles sur la nature de ces besoins* »<sup>25</sup>. Cette prise de conscience sur ce déficit en statistiques devra permettre une amélioration dans la quantification du handicap psychique. Espérons que ceci reste d'actualité dans la prochaine organisation des COTOREP, avec la création des Maisons du Handicap.

Cette reconnaissance spécifique du handicap psychique fut un travail dans lequel se sont fortement impliquées la FASM - Croix-Marine et l'UNAFAM<sup>26</sup>. Dans la proposition de loi rénovant la politique de compensation du handicap (loi de réforme de la loi n°75-534 du 30 juin 1975, sur la politique en faveur des personnes handicapées), il est mentionné

---

<sup>22</sup> Dr PIEL E. et Dr ROELANDT J. L., Rapport de mission, « *De la psychiatrie vers la Santé Mentale* » juillet 2001. 92 p.

<sup>23</sup> Loi 75-534 du 30 juin 1975, d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 47.

<sup>24</sup> COTOREP Drôme. *Bilan d'activité 2002*. Chapitre, Répartition par nature du handicap p. 9.

<sup>25</sup> CHARZAT M. Rapport à Mme Ségolène Royal Ministre Déléguée de la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées. *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et la moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Mars 2002, 138 p. Chapitre, Données générales sur la situation. p. 32.

<sup>26</sup> SANTE MENTALE EN FRANCE. *Le Livre Blanc des Partenaires de Santé Mentale France*. Paris : EDS, 2001. 64 p. Chapitre, Avant-propos du président de la fédération des Croix-Marine, pp.16-17.

dans son article premier : « *L'accès du mineur ou de l'adulte handicapé physique, sensoriel, mental ou psychique aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens...* »<sup>27</sup> Cette reconnaissance réglementaire du handicap psychique et cette séparation entre le handicap mental et le handicap psychique permettront de mieux considérer cette population. Elle permettra également auprès des équipes soignantes d'envisager un parcours réel de l'usager dans les différentes institutions médico-sociales et sociales. Cette reconnaissance, comme le spécifie l'UNAFAM, « *doit être acceptée non comme une stigmatisation définitive mais comme créateur de droits expressément et utilement prévus par des textes* »<sup>28</sup>.

### **1.2.3 Exemple d'un parcours chaotique.**

L'illustration par l'exemple qui suit permettra d'introduire la spécificité du handicap psychique face aux autres typologies de handicap.

*« J'étais petit garçon, j'ai reçu un soir de Noël un circuit de voitures. Mon père et mon oncle l'ont monté pendant la nuit en disant : demain matin il pourra jouer. A l'époque les voitures avaient des patinettes de cuivre qui faisaient contact. Ils ont tellement joué dans la nuit qu'ils les ont usées. Le lendemain, j'avais bien le jouet, mais il était cassé et ce n'était pas possible d'avoir des pièces de remplacement le jour de Noël. Des années plus tard, on m'a dit un jour : tu es travailleur handicapé, tu es invalide. J'ai tout perdu. Il me reste la mélancolie comme le Noël où l'on a cassé mon circuit de voitures »*<sup>29</sup>

Jean-françois<sup>30</sup> souffre de psychose, c'est un cas typique de cette pathologie. Diplômé d'une maîtrise en gestion d'entreprise, il a décompensé à l'âge de 28 ans. Après six mois de placement dans un hôpital psychiatrique, il a retrouvé un emploi dans l'entreprise de son père. Quatre ans et demi après, Jean François rechute. Pendant son arrêt maladie de dix-huit mois, il reste cloîtré dans son logement. Après une nouvelle période de soins psychiatriques, il est orienté par les services sociaux de l'hôpital à la COTOREP. Il est reconnu « personne handicapée invalide » par cet organisme. Après deux années d'inactivité, Jean François prend l'initiative de demander une reconnaissance comme

---

<sup>27</sup> Projet de loi de rénovation de la politique de compensation du handicap, présenté au sénat le 13 mai 2003.

<sup>28</sup> SANTE MENTALE EN FRANCE. *Le Livre Blanc des Partenaires de Santé Mentale France*. Paris : EDS, 2001. 64 p. Chapitre, Comment faire exister la population concernée, p. 31.

<sup>29</sup> DEBARD M. *Itinéraire d'insertion - De la maladie mentale au travail ordinaire*. Lyon : Editions de la Chronique sociale, 2001. 154 p. Première partie : Les travailleurs, p. 23.

<sup>30</sup> Il s'agit d'un nom d'emprunt.

travailleur handicapé avec une orientation dans le travail protégé. Après une formation de six mois, il entre dans un Centre d'Aide par le Travail. Un an et demi plus tard, il retourne en milieu ordinaire, pour une durée de quelques mois. A l'issue de la fin de ce contrat, il obtient une nouvelle formation dans l'édition et réalise un stage professionnel dans le CAT où il avait déjà séjourné. A la fin de ce stage, il se retrouve sans emploi et pense s'orienter vers une formation en langue anglaise.

Bien que Jean François soit d'un niveau intellectuel supérieur à la moyenne, son parcours chaotique entre la maladie, les soins, les rechutes, le travail protégé, le travail en milieu ordinaire, les différentes formations et les différents stages est caractéristique des personnes handicapées psychiques. Dans ce cas précis, le relationnel en lien avec la famille, la vie sentimentale, le positionnement social et l'hébergement a été occulté.

Cet exemple illustre la nécessité pour une personne handicapée psychique d'avoir une prise en charge sociale cohérente en lien avec l'ensemble des partenaires qui sont dans l'environnement de la réhabilitation sociale. La personne livrée à elle-même dans son parcours d'insertion rebondira d'un dispositif à un autre sans mettre du lien et de la cohésion. Dans leur écrit, Olivier Chambon et Michel Marie-Cardine nomment cet état « syndrome du tourniquet »<sup>31</sup>

#### **1.2.4 Les caractéristiques du handicap psychique, une conséquence de la maladie mentale.**

Dans une première approche, nous pouvons formuler de façon schématique, que les maladies mentales induisent des troubles du psychisme et perturbent le comportement d'une manière inégalement grave et de façon momentanée ou durable.

En nous appuyant sur le livre blanc de l'UNAFAM<sup>32</sup>, nous pouvons mieux définir le terme de handicap psychique et affirmer les caractéristiques suivantes : les facultés intellectuelles de la personne restent entières, cependant un retour au soin est fréquent. La variabilité de la manifestation de la maladie redemande des réajustements fréquents

---

<sup>31</sup> CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. *La réadaptation sociale des psychotiques chroniques*. Paris : Edition Puf, 1992.126 p. Série Nodules. Chapitre, Réadaptation sociale du malade mental chronique dans la psychiatrie française, p. 8.

<sup>32</sup> SANTE MENTALE EN FRANCE. *Le Livre Blanc des Partenaires de Santé Mentale France*. Paris : EDS, 2001. 64 p.

du traitement psychiatrique. Le handicap psychique «*provoque une extrême fragilité* » parfois peu perceptible pour un tiers non informé. Les capacités relationnelles, comme je l'ai déjà évoqué, « sont gravement perturbées » et déstabilisent l'entourage. Les fréquents retours aux soins renvoient la personne, une fois stabilisée, dans un état de positionnement social souvent méconnu d'elle-même et son entourage. Ce handicap altère profondément les « habilités psychosociales » et rend très difficile la vie sociale de l'utilisateur.

De part mon expérience de douze années au contact de cette population, je réaffirme mon positionnement concernant l'analyse de ce handicap. Le mot « fragilité » est le premier mot qui me vient à l'esprit. En effet, l'ensemble des usagers que je côtoie est d'une extrême faiblesse sociale et d'une extrême vulnérabilité vis à vis d'autrui. La perte de leurs repères sociaux est renforcée par un manque total de confiance en soi. Un autre fait marquant est l'absence de projets et l'absence de désirs. Dans ce dénuement intellectuel, la personne est plongée dans un état de mélancolie et de tristesse qui renforce ses angoisses et ses souffrances psychiques.

### **1.3 La psychiatrie hospitalière, ce partenaire mal connu.**

L'étude que je vais aborder repose exclusivement sur l'analyse de la psychiatrie hospitalière. En effet la majorité des personnes issues du champ du handicap psychique sont hospitalisées dans les services des secteurs psychiatriques. Les pathologies qui sont prises en charge dans les cabinets des psychiatres libéraux n'offrent, pas dans la majorité des cas, un diagnostic suffisant pour permettre à ces usagers d'avoir la reconnaissance de personnes handicapées. De même, les patients suivis par les Centres Médicaux Psychologiques relèvent souvent de pathologies plus légères qui à leur terme les renverront dans leur environnement habituel. Les pathologies les plus lourdes suivies dans ces CMP feront souvent appel à une hospitalisation en CHS. Il est à noter, comme je l'ai précisé dans le chapitre concernant la maladie mentale, qu'un grand nombre de personnes handicapées psychiques relèvent d'une pathologie liée à la psychose. Cette maladie nécessite bien souvent une période d'hospitalisation plus ou moins longue afin de rechercher à stabiliser le patient.

Il me semble pertinent de retracer les grands événements de notre psychiatrie afin de mieux comprendre son organisation actuelle. Pour ma part, je reste persuadé que nous ne pouvons nous dégager de ces concepts historiques qui sont imprégnés de notre propre culture. Cette histoire reste encore omniprésente dans l'esprit du grand public, en faisant resurgir ses fantasmes et ses peurs devant la maladie mentale.

### 1.3.1 Histoire de la psychiatrie.

La psychiatrie (du grec psyché : âme, caractère ; iatreuein : soigner, guérir) est la spécialité qui étudie et traite les maladies mentales. La pathologie de la maladie mentale devient donc atypique par rapport à l'ensemble de la médecine car elle ne traite que de l'esprit de la personne, de ce qu'il y a de non animal chez l'homme. Avant que la médecine ne reconnaisse le fait psychiatrique comme un fait d'origine pathologique, cette science était concurrencée par la morale et la théologie. La psychiatrie appartient donc au monde du non visible à l'encontre des autres disciplines médicales qui étudient les lésions anatomiques, les désordres organiques et les dysfonctionnements physiologiques.

Pendant tout le Moyen Âge chrétien, la maladie mentale va coexister entre une conception religieuse et une conception proprement médicale. Les troubles mentaux étaient expliqués par une possession démoniaque, une manifestation du péché, de l'hérésie. De ce fait, le malade était dans certains cas envoyé au bûcher. La conception médicale venait donc en opposition avec la pratique religieuse. Le malade était soit à la charge de sa famille soit incarcéré dans des donjons. Les fous étrangers étaient expulsés. Les malades mentaux se retrouvaient avec les pauvres et les autres malades dans les Hôtels Dieu. Cependant, certains hôpitaux réservaient aux fous des salles spéciales.

La Renaissance reste une prolongation du Moyen Âge en matière de médecine. Elle a été cependant marquée par les guerres et aussi par le début de l'urbanisation qui a engendré du vagabondage. De grands médecins humanistes, tels que Jean Wier<sup>33</sup> et Jean Vives<sup>34</sup> se sont insurgés contre la pratique du bûcher appliquée aux fous. Ce dernier écrivait « *Estant doncques amené en l'hospital, un homme, d'esprit esmeu et remué, il faut regarder au commencement si cette enragerie ou maladie d'hors du sens est naturelle ; ou si par accident elle serait advenue, s'il y a espoir de santé ou de guérison ... les uns*

---

<sup>33</sup> Jean WIER. ( Joannes Wierus en latin). (1515-1588) Médecin humaniste. Il fut le premier à écrire un ouvrage attaquant de front le massacre des sorcières sans pour autant mettre en doute l'existence du Diable. Dès 1563 ce qui est assez tôt ( les grands bûchers ne sont pas encore allumés), son attaque massive dans un ouvrage de 500 pages, aboutit à la destruction systématique du prétendu satanisme des sorcières. Son ouvrage « *De praestigiis daemonum* » est répandu très vite en latin par plus de sept éditions successives. Il tenta de prouver que le Diable avait des pouvoirs très limité.

<sup>34</sup> Juan VIVÉS (1492-1540). Espagnol réfugié aux Pays-Bas, humaniste et philosophe, il propose aux magistrats de Bruges, ville où règne une misère difficile à soulager, un plan de lutte contre cette situation. Son opuscule offre, pour la première fois, une analyse rationnelle de la pauvreté, tenant compte des ressources disponibles et du nombre de personnes à soulager. Pour répondre à la question "*Comment aider le pauvre sans l'encourager à rester dans cet état*", il s'efforce de trouver des critères objectifs pour distinguer ceux qui méritent d'être soutenus et ceux qu'il convient de "faire rentrer dans le droit chemin". Son choix se portera sur la santé, en fonction de laquelle se fera le tri.



*ont besoin de calmants et d'un régime, les autres doivent être traités avec bienveillance afin d'être apprivoisés peu à peu comme des bêtes sauvages, d'autres ont besoin d'être éduqués, il en est pour lesquels l'enfermement et les chaînes sont nécessaires, mais on doit en faire usage de telle sorte qu'ils n'en soient pas effarouchés davantage, dans la mesure du possible, il faut introduire dans leurs esprits la tranquillité, point de départ d'un retour facile du jugement et de la raison ».*

Au XVI<sup>e</sup> siècle, les indigents se sont multipliés : les misères du temps, le chômage, l'urbanisation créent des populations errantes sans cesse grandissantes. Les idées de l'époque ne s'orientent pas sur la charité mais vers l'enfermement des pauvres. Les grandes villes se dotent d'hôpitaux accueillant ainsi les mendiants valides, les insensés, les déviants. Les soins et traitements sont encore l'affaire des religieux et des médecins. Les pèlerinages à but thérapeutiques sont maintenus. Le médecin britannique, William Cullen<sup>35</sup> pratiquait pour soigner la névrose, des thérapies à base de calmants, d'évacuants, de diète, de saignées, de lavements et de bains. Certaines pratiques étaient même fantaisistes : il avait été constaté que les voyages guérissaient parfois les personnes mélancoliques. Ce fut donc les cahots des routes que l'on imita avec un « trémousoir », fauteuil agité par une mécanique. Devant l'échec lié au mélange de ces populations, entre mendiants et insensés, l'asile thérapeutique prend jour sous la pression de médecins, Joseph Daquin<sup>36</sup> notamment.

La psychiatrie asilaire a ainsi débuté sous la monarchie de Juillet par la création « d'asiles d'aliénés ». Le ministre de la santé de l'époque déclarait « l'isolement, seul, guérit ». C'est ainsi qu'en 1838, le médecin aliéniste Jean Etienne Esquirol<sup>37</sup> proclamait la valeur thérapeutique de l'isolement, du grand air, des horaires réguliers et d'une occupation. Le médecin Philippe Pinel<sup>38</sup>, pour sa part, a été le « briseur des chaînes des aliénés » et a

---

<sup>35</sup> William CULLEN (1710-1790, Britannique) crée en 1769 le terme "névroses" désignant un ensemble d'affections du sentiment et du mouvement, sans fièvre ni lésions décelables.

<sup>36</sup> Joseph DAQUIN (1732-1815) expose en 1791 les principes de l'attitude médicale qui va devenir le traitement moral : *"Je veux enfin que le médecin vienne avec cette philosophie douce et consolante qui semble faire quelque chose sans agir et qui, sans vouloir d'abord considérer la maladie comme un ennemi, s'attache au contraire à le caresser, pour ainsi dire, comme un ami et s'assurer si les forces vitales qui constituent précisément ce qu'on nomme la nature sont seules suffisantes avec quelques légers secours, pour détruire les causes qui paraissent vouloir éteindre le principe de la vie."*

<sup>37</sup> Jean Etienne ESQUIROL (1772-1840) Médecin aliéniste français. Directeur de la Salpêtrière, puis de l'hospice de Charenton (1825). Il est considéré comme le fondateur de la psychiatrie moderne.

<sup>38</sup> P. PINEL (1745-1826) fait ses études à Toulouse. Ayant, un moment, la vocation religieuse, il reçoit les ordres mineurs et enseigne la théologie. Le 25 août 1793 : par décret de la Convention, il est nommé

codifié le traitement moral. La loi du 30 juin 1838<sup>39</sup> reprenait ces concepts et reproduisait une architecture dans la pierre et une localisation en plein air des hôpitaux psychiatriques. Cette même loi crée l'internement volontaire qui était prononcé par le directeur de l'hôpital sur la demande de la famille ou de l'entourage avec un certificat médical obligatoire. Ce système ainsi mis en application a régi l'organisation des soins psychiatriques jusque dans les années 1970. C'est ainsi que le centre hospitalier spécialisé « Le Valmont » du département de la Drôme a été le dernier construit sur le modèle de l'hôpital village et a accueilli ses premiers patients en juin 1976<sup>40</sup>.

Ce grand rassemblement de patients dans les hôpitaux psychiatriques, décentralisés par rapport à la ville, a eu des conséquences dramatiques pendant la dernière guerre mondiale. C'est ainsi que près de deux mille patients sont morts de faim au centre hospitalier du Vinatier dans la ville de Lyon<sup>41</sup>.

Cette situation a été l'origine d'une réflexion sur la désinstitutionnalisation et d'une tentative de réhabilitation du malade dans la ville. Aussi la circulaire du 15 mars 1960<sup>42</sup> consacre-t-elle l'avènement « de la politique de secteur » en instituant une équipe psychiatrique au plus près des besoins de la population, implantée dans la cité, donnant des soins en prévenant la désinsertion tant sociale et familiale que professionnelle des malades mentaux.

### **1.3.2 Vers une logique de sectorisation.**

La période de 1970 à 1985 qui se caractérise par une forte expansion économique, avec la fin des « trente glorieuses » et d'une grande liberté intellectuelle et sociale, après les événements de mai 1968, voit la réussite du secteur. Cette circonscription géographique, qui sert de cadre à un ensemble d'activités, est légalisée et définie pour la première fois

---

médecin-chef de Bicêtre. Il conçoit, avec son surveillant Jean-Baptiste Pussin, le projet de l'abolition des chaînes.

<sup>39</sup> Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838.

<sup>40</sup> COURTIAL B. – FERNANDEZ, G. *Valmont, état des lieux - Genèse et vie d'un centre hospitalier spécialisé après vingt ans d'existence*. Valence, 1996. 195 p.

<sup>41</sup> VERRY V. *L'archipel asilaire*. Suisse : Edition des Deux Continents, 1994. 173p. Chapitre, une île étrange, p. 60.

<sup>42</sup> Circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

dans la loi du 25 juillet 1985<sup>43</sup>. Les lieux de secteur psychiatriques sont identifiés par le décret du 14 mars 1986<sup>44</sup>.

La sectorisation de psychiatrie est à ce jour organisée autour d'un territoire défini et pour une population d'environ 70 000 habitants. Une seule équipe soignante se voit confier la prise en charge de l'ensemble des malades mentaux de son secteur géographique sous la responsabilité d'un psychiatre chef de secteur. La finalité de la politique de secteur est de lutter contre les attitudes de ségrégation et de rejet qui ont longtemps pesé sur les malades mentaux. Le secteur vise à faciliter l'accès aux soins sans discrimination d'âge, de sexe, de nationalité, de religion, de condition sociale, de pathologie, puisque les praticiens ne peuvent ni refuser un malade, ni l'abandonner. Ils ont l'obligation de prendre en charge les patients sans limitation de durée à tous les stades de la maladie. L'hospitalisation n'est plus qu'une étape, pas toujours nécessaire dans la chaîne de soins, pourvu que la continuité et la proximité soient assurées. Le dispensaire d'hygiène devenu le Centre Médico-Psychologique assure le dépistage et le suivi ambulatoire. Les soins sont gratuits. C'est pour ainsi dire la plaque tournante du secteur.

### **1.3.3 Le financement des soins psychiatriques**

La légalisation du secteur n'est pas une simple régularisation administrative d'une situation créée par la circulaire du 15 mars 1960. Elle est aussi une modification de la représentation spatiale du secteur qui inclut l'hôpital à la manière d'un lieu de prévention et de soin comme les autres. La loi du 31 décembre 1985<sup>45</sup> fait tomber le mur séparant les financements assurés d'un côté par l'assurance maladie (l'hôpital) et de l'autre côté par l'état et les collectivités locales (CMP).

Le financement de toutes les activités psychiatriques est donc confié au seul financeur : l'assurance maladie. Ainsi le principe de la continuité des soins a retrouvé sa transcription en matière de gestion et de financement. La loi du 31 décembre 1985 a une valeur hautement symbolique car elle fait entrer la psychiatrie dans le droit commun du financement des soins.

---

<sup>43</sup> Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985, portant diverses dispositions d'ordre social.

<sup>44</sup> Décret n° 86-602 du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

<sup>45</sup> Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985, relative à la sectorisation psychiatrique.

### 1.3.4 L'organisation de la psychiatrie.

La loi de 1970<sup>46</sup> avait institué la notion de carte sanitaire qui correspondait à un espace géodémographique par rapport auquel sont déterminés le nombre et la nature des équipements nécessaires répondant aux besoins en soins de la population. La loi du 25 juillet 1985 a défini un outil d'organisation des soins psychiatriques : le Schéma Départemental d'Organisation (SDO) fixe les modalités d'organisation et de fonctionnement des différentes composantes de cette offre de soins. Avec la loi hospitalière du 31 juillet 1991<sup>47</sup>, c'est toute l'offre des soins somatiques et psychiatriques qui est organisée au plan régional. La région est ainsi définie comme une zone sanitaire regroupant un ou plusieurs secteurs sanitaires, un ou plusieurs secteurs psychiatriques.

Le Schéma d'Organisation devient donc régional (SROS). Pour le moment, il n'y a pas d'obligation pour les secteurs psychiatriques de coïncider avec les secteurs sanitaires. Mais avec la loi de 1991, l'espace géodémographique au sein duquel est organisée la psychiatrie n'est plus particulier. Il est régional comme toutes les autres disciplines médicales. L'allocation des ressources s'opère désormais à partir d'une enveloppe régionale. La superposition de deux cadres géographiques de planification, le département et la région, rend leur articulation complexe.

Avec les ordonnances du 24 avril 1996<sup>48</sup>, il ne reste qu'une seule autorité ayant compétence pour arrêter les schémas, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

Cette notion de secteur psychiatrique reste mal perçue par un grand nombre de psychiatres hospitaliers. Les pouvoirs publics se sont appuyés sur cette politique de sectorisation pour réduire progressivement le nombre de lits : 120 000 places d'hospitalisation ont été supprimées entre 1970 et 2000, avec une accélération dans les années 1990.<sup>49</sup> Lors des états généraux de la psychiatrie à Montpellier du 5 au 7 juin 2003, les professionnels ont alerté les pouvoirs publics de la crise que traverse cette spécialité. Hervé Bokobza nous précise « *les listes d'attente s'allongent à l'hôpital, en cabinet libéral, en clinique privée. Nous sommes dans une situation plus que limite, parfois scandaleuse, qui place les psychiatres face à un problème éthique. Il faut*

---

<sup>46</sup> Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière.

<sup>47</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière.

<sup>48</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>49</sup> PRIEUR C. *La psychiatrie française se penche sur ses propres maux. Le Monde*, 06 décembre 2003.

*repenser radicalement le nombre de lits en psychiatrie* »<sup>50</sup>. Les psychiatres restent encore à ce jour très attachés à la représentation spatiale du secteur antérieur aux lois de 1985. Celles-ci divisent leurs champs d'action entre l'intérieur, avec l'hôpital comme lieu de thérapie isolé en garantissant l'ordre et la sécurité, et l'extérieur, monde de turbulences.

Lors d'un stage de trois semaines que j'ai réalisé au sein du CHS de Valence afin de mieux percevoir les problématiques du champ de la psychiatrie, j'ai pu constater un certain clivage entre les psychiatres eux-mêmes. Des psychiatres restent fortement attachés à la notion de lieu « asilaire » où la prise en charge du patient, à l'abri des turbulences du monde extérieur, offre un terreau bien plus propice à une thérapie adaptée. D'autres praticiens, conscients de l'évolution du mode opératoire des politiques publiques, organisent leurs services afin d'adapter la prise en charge du patient à une notion de parcours, du soin à la réhabilitation sociale. C'est dans cette nouvelle pratique que notre rôle prend une importance majeure, en tant qu'acteur du champ social et médico-social.

#### **1.4 Le département de la Drôme, un territoire atypique.**

Je ne peux décrire l'organisation sanitaire, sociale et médico-sociale du département de la Drôme, sans donner un éclairage sur l'aspect territorial. Une organisation sur un territoire doit prendre en compte aussi bien l'aspect géographique que l'aspect historique.

##### **1.4.1 Données territoriales chiffrées.**

Le département de la Drôme compte à ce jour 438 000 habitants, ce qui représente un poids de 8% au niveau régional.<sup>51</sup> C'est un département qui offre une singularité de paysage atypique, entre la Drôme des Collines située au nord du département et la Drôme provençale située au sud. La zone urbanisée et industrielle se situe le long de la vallée du Rhône. Des territoires tels que le Vercors et les Baronnies sont très excentrés par rapport aux zones d'activité. Les trajets d'une durée d'une heure trente sont fréquents afin de rejoindre certaines enclaves du département. Les villes supérieures à 10 000 habitants représentent 36% de la population totale du département. La population est

---

<sup>50</sup> PRIEUR C. *Entretien avec Hervé Bokobza, président du comité scientifique des Etats généraux. Le Monde* 06 juin 2003.

<sup>51</sup> CRDI Rhône-Alpes ATLAS. *Handicap et emploi, Atlas Rhône-Alpes*. Valence : Edité sous l'initiative de l'AGEFIPH. 2002. 243 p. Chapitre Démographie et santé, p. 12.

donc à majorité d'origine rurale et nous retrouvons la même répartition dans nos établissements sociaux et médico-sociaux.

#### **1.4.2 Des établissements sociaux aux marges du service rendu.**

Cette configuration spécifique a vu naître une multitude de petits établissements sociaux et médico-sociaux sur l'ensemble du territoire. Un grand nombre de foyers de vie et de foyers d'hébergement ainsi que des MAS se sont répartis dans des lieux géographiques relativement isolés. Cette configuration était liée aux mouvances intellectuelles des années 68 où un grand nombre de personnes, fuyant les grandes mégapoles, se sont réfugiées dans ces départements. C'est ainsi que l'on a vu naître dans les années 75 une forte croissance de ces petites structures d'accueil liée au bon vouloir d'une personne charismatique. De nos jours, nous pouvons nous poser la question de savoir si ces dispositifs sont toujours adaptés aux besoins des usagers. L'isolement, le fonctionnement « paternaliste » et les pratiques éducatives basées sur la vie en lieu fermé en font des établissements atypiques par rapport aux politiques publiques. C'est ainsi que le département de la Drôme possède un taux d'équipements au-dessus de la moyenne régionale, sans que le service rendu soit réellement adapté à la population<sup>52</sup>. Le seul point positif que je perçois est ce rapprochement de l'utilisateur à son territoire d'origine. Mais cette difficulté d'échanger sur nos pratiques éducatives entre professionnels, reste à mes yeux un frein réel au désir de rapprocher l'utilisateur des nouvelles pratiques impulsées par les politiques publiques.

#### **1.5 L'organisation hospitalière psychiatrique drômoise.**

Contrairement à ce qui avait été entrepris dans la plupart de nos départements depuis la promulgation de la loi de 1838, le département de la Drôme n'a pas bénéficié d'un courant très favorable. Le département fut longtemps privé de structures psychiatriques. Les patients furent donc accueillis jusqu'en 1932 dans les hospices ou les hôpitaux généraux des villes de Lyon, Avignon et Grenoble. A partir de 1932, une convention fut signée entre le département de l'Ardèche et celui de la Drôme pour que l'hôpital de Sainte-Marie de Privas accueille l'ensemble des patients de ce dernier département. A cette époque, la ville de Privas apparaissait «*pour les drômois comme un lieu où l'on enfermait les*

---

<sup>52</sup> CREA Rhône-Alpes. *Diagnostic Schéma Départemental de la Drôme – Adultes handicapés* Rapport Final du 19/02/04 p. 11.

*malades à défaut de les soigner* »<sup>53</sup>. A partir de 1963, le psychiatre Guy Chariot fut nommé dans la Drôme pour organiser la psychiatrie sur ce territoire. Le premier secteur psychiatrique de Saint-Vallier, du Vercors et de Valence Nord a vu le jour en 1968.

### **1.5.1 Naissance du dernier Centre Hospitalier Spécialisé sous la forme d'un village.**

A partir de 1970, l'hôpital de Privas ne prend plus en charge les patients drômois. Ceux-ci sont transférés dans un ancien hospice réhabilité, proche de quelques mètres de l'autoroute A7 et de ses nuisances sonores ! Après plusieurs années de bataille sur la prise en charge financière et de débats sur les politiques territoriales, le Centre Spécialisé Hospitalier baptisé « le Valmont » a accueilli ses premiers patients en juin 1976<sup>54</sup>.

Cet hôpital, d'une capacité initiale de 402 lits fut construit sur la base d'un « *village traditionnel, avec maisons de types divers extérieurement ...L'ensemble des structures se regroupera de façon spontanée et très souple, avec un centre social autour d'une place, qui matérialisera le centre de gravité de la vie commune, afin de rappeler aux hospitalisés le cadre où ils ont vécu...* »<sup>55</sup>. L'architecte poussé par un désir de création psychanalytique créa même les pavillons sous la symbolique d'un utérus où en son centre se trouvait un jardinet, havre de paix pour les patients tel un fœtus dans le ventre de sa mère !

La construction fut réalisée en zone boisée, située à une quinzaine de kilomètres du centre ville de Valence. Il n'est pas desservi par les transports en commun. Ce fut le dernier hôpital construit sous cette forme au plan national.

### **1.5.2 La sectorisation départementale.**

La sectorisation psychiatrique du département est découpée en 6 secteurs. Le secteur 1 est situé au nord du département et rattaché à l'hôpital général de St Vallier. Le secteur 2 est rattaché à l'hôpital général de Romans. Les secteurs 3 et 4 dépendent du Centre Hospitalier Spécialisé «le Valmont » ; ils sont les plus importants en nombre de lits puisqu'ils sont situés sur le bassin valentinois. Les secteurs 5 et 6 situés au sud de la Drôme vont être prochainement rattachés au CHS « le Valmont ».

---

<sup>53</sup> COURTIAL B. – FERNANDEZ, G. *Valmont, état des lieux - Genèse et vie d'un centre hospitalier spécialisé après vingt ans d'existence*. Valence, 1996.195 p. Chapitre, Les origines de la psychiatrie drômoise. p. 24.

<sup>54</sup> *ibid.* Chapitre, De la conception d'un hôpital psychiatrique à la réalisation d'un CHS. p. 88.

<sup>55</sup> *ibid.* p. 43.

Le département est également équipé de plusieurs Centres Médicaux Psychologiques rattachés à un secteur psychiatrique. Ils sont situés principalement au cœur des villes et répondent de ce fait aux besoins de proximité des usagers. Ils constituent la plaque tournante des activités hospitalières. Ils permettent également de favoriser l'accès aux soins des pathologies dites de « ville ». En effet, les états dépressifs, les situations de « mal être » sont plus fréquentes qu'auparavant : ils sont souvent engendrés par la crise sociale, le chômage, et le processus d'exclusion. Ces Centres Médicaux Psychologiques ont un rôle de prévention de l'hospitalisation psychiatrique.

D'autres prises en charge de patients sont organisées dans la ville autour du CHS : un centre d'Aide Psychologique, basé sur l'écoute psychologique, permet d'éviter l'hospitalisation systématique. Un centre psychothérapique favorise le maintien des patients en hospitalisation de jour, sans que la personne soit coupée de son milieu familial.

Ces différentes prises en charge des patients constituent la base sur laquelle s'articule l'ensemble du dispositif psychiatrique hospitalier du département. Je n'ai volontairement pas abordé dans cette analyse les autres prises en charge psychiatriques privées. Je préfère recentrer mon approche sur les pathologies les plus lourdes, qui sont les plus souvent accueillies par la psychiatrie hospitalière. Ce sont ces personnes qui, une fois stabilisées par les soins, se retrouveront dans le champ du social avec une orientation de l'équipe soignante, en passant par les instances décisionnelles des commissions de la COTOREP.

## **1.6 Les différentes prises en charge sociale sur le territoire drômois.**

Le chapitre qui suit va s'articuler principalement sur la prise en charge sociale et médico-sociale sur le territoire drômois. Après une approche des différentes instances administratives nécessaires pour la prise en charge sociale des usagers, je listerai les différents partenaires qui sont en relation plus ou moins proche avec la personne handicapée psychique. Je pense important de resituer cette configuration locale afin de mieux appréhender la manière dont va s'articuler leur prise en charge sociale.



### **1.6.1 L'État et les collectivités territoriales.**

Depuis la loi de décentralisation du 22 juillet 1983<sup>56</sup>, la prise en charge sociale et médico-sociale dans un département est sous l'autorité de la DDASS, représentant de l'Etat et du Conseil Général. C'est ainsi que dans la prise en charge des personnes adultes handicapées, les Maisons d'Accueil Spécialisées et les Centres d'Aides par le Travail sont sous l'autorité de la DDASS, les foyers d'hébergement, les foyers de vie, les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale sous l'autorité du Conseil Général, les Ateliers Protégés quant à eux sont sous l'autorité de la DRTEFP. Cette répartition devrait se simplifier dans le cadre de la future loi de rénovation de la loi d'orientation des personnes handicapées. En effet la prise en charge de ce public dépendra en majorité des cas de la seule compétence des Conseils Généraux.

### **1.6.2 La Commission technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.**

Les COTOREP présentes dans chaque département ont été créées par l'article 14 de la loi n° 75-534, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. Le but de cette loi était d'unifier et de mettre en cohérence la prise en charge des personnes handicapées. Elles s'adaptent aux réalités de prises en charge locales. Elles sont placées sous l'autorité du préfet du département. Leurs présidences sont assurées alternativement par le Directeur Départemental du Travail et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP) et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Elles sont les seules instances compétentes pour répondre aux demandes des personnes handicapées adultes désirant bénéficier de leurs droits et des avantages prévus par la loi.

Avant la circulaire du 27 février 2002<sup>57</sup>, chaque COTOREP était organisée autour de deux sections : la première section était chargée d'apprécier l'aptitude au travail, de reconnaître la qualité de travailleur handicapé et de se prononcer sur les mesures à prendre en vue du reclassement professionnel. La deuxième section était chargée d'apprécier le taux d'invalidité, de décider de l'attribution de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), de

---

<sup>56</sup> Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, Loi complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.

<sup>57</sup> Circulaire N°2002-114 du 27 février 2002, relative à la coordination des services pour les personnes handicapées et à l'organisation des COTOREP.

l'allocation compensatrice, de l'allocation logement, et de se prononcer sur l'admission dans un établissement ou service spécialisé.

Depuis la circulaire du 27 février 2002, les deux sections ont fusionné afin de permettre « *une approche globale et cohérente de la personne via l'évaluation de ses potentialités et incapacités, d'évaluer le handicap selon une approche médicale identique à l'ensemble des COTOREP* ».

Différentes études ont été commanditées par l'Etat, le Conseil Économique et Social, l'Assemblée Nationale et le Sénat afin de mettre en œuvre des axes de progrès dans le fonctionnement des COTOREP et de rénover la loi n° 75-534 dans son ensemble. C'est ainsi qu'il est précisé dans le rapport de mission du Dr Éric Piel et du Dr Jean-Luc Roelandt que les COTOREP rencontrent certaines difficultés. Il est également noté qu'« *il faut, dans certains départements, parfois plus d'un an et demi pour que la COTOREP rende ses décisions* »<sup>58</sup>. De même, Michel Charzat nous fait part, dans son rapport ministériel, des nombreux constats des difficultés rencontrées par les COTOREP quant « *aux délais d'attente et des hétérogénéités des décisions* »<sup>59</sup>. Ce rapport aborde également la notion de « sites » pour la vie autonome dans chaque département. C'est ainsi que dans le projet de loi concernant la refonte de la loi n° 75-534 il sera prévu<sup>60</sup> des « *maisons des personnes handicapées* ». Celles-ci auront pour mission « *d'être un lieu privilégié d'écoute et d'accompagnement et mettront à disposition de l'utilisateur et de sa famille, un interlocuteur unique* ». Elles assureront les missions qui sont dévolues aujourd'hui aux CDES et aux COTOREP (annexe 8).

Pour ma part, j'adhère totalement à cette nouvelle initiative du législateur. Ces « maisons de la personne handicapée » permettront d'humaniser les relations de l'utilisateur face à l'administration. Elles devraient également prendre en compte les lacunes qui pénalisaient d'une part le fonctionnement des COTOREP, d'autre part, et ce n'est pas la moindre, une prise en charge sociale plus rapide et plus adaptée de la personne handicapée.

---

<sup>58</sup> Dr PIEL E. et Dr ROELANDT J.L..*De la psychiatrie vers la Santé Mentale*. Rapport de mission. Juillet 2001. 109 p. Chapitre, Les acteurs sociaux. p. 82.

<sup>59</sup> CHARZAT M. Rapport à Mme Ségolène Royal Ministre Déléguée de la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées. *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Mars 2002, 138 p. Chapitre 3, Mettre en œuvre un plan d'action pour l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées psychiques. p. 59.

<sup>60</sup> Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. *Avant-projet de loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées*. [consulté le 06.03.04]  
<[http://www.handicap.gouv.fr/point\\_doss\\_pr/egalite\\_droits/egalite1.htm](http://www.handicap.gouv.fr/point_doss_pr/egalite_droits/egalite1.htm)

### **1.6.3 Les dispositifs de retour à l'emploi : L'ANPE et les CAP Emploi.**

L'Agence Nationale Pour l'Emploi a été créée en 1967. C'est un service public qui s'est substitué aux services de la main-d'œuvre. Elle est le point de passage obligatoire pour l'accès au régime d'indemnisation du chômage. Elle a aussi pour mission la collecte des offres d'emploi ainsi que le conseil et le placement des demandeurs. C'est ainsi que dans chaque agence une personne est spécialisée pour l'accueil des personnes handicapées, voire même dans certaines grandes villes l'agence elle-même possède un service spécialisé. Cependant celui-ci s'adresse aux personnes les plus autonomes.

Pour les personnes les plus démunies, les Cap Emploi (anciennement EPSR) sont les dispositifs spécialisés pour prendre en charge les personnes handicapées relevant de la recherche d'un emploi. Leurs financements relèvent en grande partie de l'AGEFIPH (Association pour la Gestion des Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées) et de la DDTEFP. La mise en place à la fin de l'année 2001 du schéma des offres de services du partenariat entre l'ANPE et les Cap Emploi a été le signe de la volonté de rapprocher le réseau de droit commun qu'est l'ANPE avec le réseau spécialisé des Cap Emploi. Les personnes handicapées bénéficient ainsi d'un dispositif spécifique, mais en lien avec un dispositif de droit commun. Ce rapprochement conventionnel permettra de moins stigmatiser les personnes handicapées dans leur approche du monde du travail en milieu ordinaire. Mais nous pouvons nous poser la question de savoir pourquoi deux dispositifs liés à la recherche d'un emploi subsistent ?

Sur le département drômois, le Cap Emploi a accueilli 765 personnes handicapées, dont 89 relevaient du handicap psychique, soit une population de 11,6%. Sur ces 89 personnes, 30 ont retrouvé un emploi, les autres ont du être réorientées dans des établissements sociaux. Le directeur de cet organisme de placement m'a fait part de ses difficultés à réinsérer ces personnes handicapées psychiques dans l'emploi ordinaire. Il reste très « prudent » sur leurs prises en charge car pour lui, l'aboutissement de cet accompagnement réside dans l'*« existence d'un suivi médical et social en parallèle d'une démarche d'insertion professionnelle, facteur déterminant de la réussite »*.

### **1.6.4 Le Travail Protégé.**

Sur le territoire national, le travail protégé se décline en deux types de prises en charge : les Centres d'Aide par le Travail (CAT) et les Ateliers Protégés (AP). Sur notre département, les CAT sont des établissements médico-sociaux qui accueillent les personnes ayant en moyenne une capacité de production inférieure de deux tiers à celle d'un salarié valide. Les personnes perçoivent une rémunération prise en charge partiellement par l'établissement et complétée principalement par l'Etat au titre de la

Garantie de Ressources de Travailleurs Handicapés (GRTH). Ils perçoivent également une Allocation Adultes handicapées (AAH).

Les AP sont des entreprises accueillant les personnes ayant, en moyenne une capacité de production inférieure d'un tiers à celle d'un salarié valide. Les personnes ont un statut de salarié et le code du travail leur est applicable dans son intégralité. Les salaires sont compensés par l'État au titre de la GRTH.

Dans le cadre de la future loi de rénovation de la loi d'orientation des personnes handicapées, des changements importants vont modifier ce dispositif de travail protégé. C'est ainsi qu'un « droit à compensation » devrait modifier et simplifier la rémunération des usagers en CAT : la GRTH et l'AAH devraient être remplacées par une « aide au poste ». Les AP devraient se transformer en entreprises adaptées, leur reconnaissant ainsi une place spécifique mais entière dans le milieu ordinaire. Cette transformation renvoie ainsi les AP dans le champ de l'entreprise « normale ». L'atelier protégé avait, jusqu'à ce jour, vocation de réintégrer l'usager en milieu ordinaire de travail. Avec ce nouveau dispositif, il devient de fait, milieu ordinaire, et n'aura donc plus cette dynamique de transition. Actuellement les effectifs nationaux des AP sont de 18 000 salariés, ceux-ci ne devraient plus évoluer dans les années futures et de ce fait, leur « turn-over » sera limité. Face à cette évolution, les usagers d'un CAT (pour ceux qui en ont les capacités) accéderont donc directement au milieu ordinaire sans passer par l'étape intermédiaire qu'était l'Atelier Protégé.

Le département de la Drôme est pourvu de 18 CAT pour une capacité de 876 usagers et de 7 AP pour une capacité de 145 places. C'est ainsi que ce département est l'un des mieux pourvu sur le plan régional. Son taux d'équipement en CAT est de 3,83 alors que sur le plan régional il est de 3,06<sup>61</sup>. Néanmoins, la prise en charge des personnes handicapées psychiques est limitée à deux organismes, les établissements de l'association messidor et ceux de l'APAJH, soit 61 usagers. Cet effectif représente une proportion de 5,97%, soit une carence par rapport à ce public si on la compare au pourcentage de 11,6% transmis par le directeur du Cap-Emploi. Cette réalité repose sur deux constats : le premier concerne la prise en charge des usagers sur des établissements très spécialisés qui ont un recrutement national (Ex : les établissements de La Teppe, spécialisés dans l'épilepsie) et le second est lié à la nature même du

---

<sup>61</sup> CREA Rhône-Alpes. *Diagnostic Schéma Départemental de la Drôme – Adultes handicapés*. Rapport Final du 19/02/04. p. 11.

handicap psychique dont la prise en charge inquiète encore de nos jours les associations de parents et les professionnels.

#### **1.6.5 Les lieux de vie et d'hébergement.**

Il en est de même dans les lieux de vie et d'hébergement puisque le département n'accueille pour ainsi dire pas ce type de public. D'où les difficultés des services psychiatriques pour aider les patients à sortir de l'hospitalisation. Une association créée par l'hôpital spécialisé du Valmont, la Société Valentinoise d'Entraide et de Réadaptation (SVER) prend en charge ces usagers dans des appartements collectifs ou individuels, avec l'accompagnement d'un infirmier psychiatrique.

La Drôme ne possède pas à ce jour de SAVS spécifique au handicap psychique, alors que le département compte une capacité de 243 places dans cette prise en charge. Cette carence fera l'objet de la suite de mon analyse puisqu'elle reposera essentiellement sur la création de cet outil articulé autour d'un collectif, dans la spécificité du handicap psychique.

#### **1.6.6 Les associations de familles.**

Les familles des personnes souffrant de maladie mentale se sont regroupées autour d'une association, l'Union Nationale des Amis et Famille de Malades Mentaux (UNAFAM). Cette association de parents a été reconnue d'intérêt public depuis 1968, elle est nationale. Elle milite à plusieurs niveaux : le premier concerne celui des pouvoirs publics pour faire reconnaître le handicap psychique comme un handicap à part entière. Le deuxième agit sur la sensibilisation de l'ensemble des partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux pour améliorer la qualité de la prise en charge de ce public. Enfin le troisième vise à soutenir et conseiller les familles récemment touchées par la maladie de l'un de leurs proches.

Cette association est nationale et les sections départementales ont un président par « délégation », ce qui limite leur action à l'échelle territoriale.

Lors d'un entretien avec le président de la section drômoise, celui-ci m'a fait part de sa difficulté à mobiliser les familles sur des actions militantes. En effet, elles se trouvent dans un désarroi total lors de la découverte de la maladie. Leur adhésion à l'association fait suite à ce désarroi, mais est suivie plus tard d'un désengagement car beaucoup de personnes refusent le statut de « handicap ». En effet la maladie psychique reste dans leurs esprits une maladie donc elle peut évoluer vers la guérison contrairement au handicap qui est bien souvent définitif. Le déni des familles à reconnaître la déficience de

leurs proches est aussi lié au fait que certains de leurs enfants ont suivi une scolarité normale avec un niveau intellectuel relativement élevé. Enfin, certaines familles vivent la maladie mentale dans la culpabilité et la honte. Face à la schizophrénie par exemple, qui survient à l'âge de l'adolescence, les familles se sentent des fois responsables des maux de leurs enfants et se culpabilisent.

Les familles peu actives sont sous représentées sur le plan politique pour faire valoir le handicap psychique. Lors des réunions mises en place pour construire le schéma départemental de la Drôme, seul le président de l'UNAFAM était présent, alors que pour les autres catégories de handicaps, il y avait la présence des usagers, des familles et des membres du conseil d'administration de leurs associations représentatives. Cette faible représentation est manifestement un « handicap » à la sensibilisation des collectivités territoriales pour envisager une prise en charge plus adaptée aux besoins. La reconnaissance du handicap psychique dans le prochain texte de loi<sup>62</sup> permettra au moins de mieux quantifier la population nationale et territoriale de ce handicap<sup>63</sup> et de créer des lieux spécifiques pour une prise en charge sociale et médico-sociale mieux adaptée.

\*\*\*\*\*

Comme je l'ai précisé dans l'introduction, dans cette première partie, j'ai volontairement mis en retrait mon positionnement de directeur d'établissements de travail protégé. En effet, j'ai préféré rechercher les éléments qui apportent un éclairage sur les pathologies psychiatriques, le handicap psychique et l'organisation sociale drômoise qui s'y réfèrent. Ce choix va me permettre d'orienter la suite de mon mémoire vers une analyse plus fine des établissements dont j'ai la responsabilité, ce qui explique ma volonté de les réintégrer dans une logique de prise en charge plus globale de l'utilisateur. Il est important à mon avis que les dispositifs sociaux émergent des besoins de l'utilisateur lui-même, plutôt que de chercher à adapter ou à faire « coller » sa propre structure aux nouvelles demandes de prise en charge sociale.

---

<sup>62</sup> Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées. *Projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.*  
<[http://www.handicap.gouv.fr/point\\_presse/doss\\_pr/loi\\_egalite/sommaire.htm](http://www.handicap.gouv.fr/point_presse/doss_pr/loi_egalite/sommaire.htm)

<sup>63</sup> Intervention de Madame Marie-Anne Montchamp, Secrétaire d'Etat aux Personnes handicapées, Mardi 1er juin 2004 à l'Assemblée nationale. Extrait du discours : « *Quelle est la situation aujourd'hui ? Les personnes handicapées par une maladie mentale ou psychique manquent le plus souvent de l'accompagnement qui leur est nécessaire* » <[http://www.handicap.gouv.fr/point\\_presse/discours/33\\_040601mam.htm](http://www.handicap.gouv.fr/point_presse/discours/33_040601mam.htm)

## **2 METTRE DU LIEN DANS LE TRAVAIL DES ACTEURS SANITAIRES ET SOCIAUX.**

Dans cette deuxième partie, je vais analyser l'aspect conceptuel de l'association messidor. Bien que je sois en position de direction dans cette association, il me semble important de ré-interroger ces valeurs associatives afin d'en dégager des concepts complémentaires dans la prise en charge des personnes handicapées psychiques.

### **2.1 Le positionnement de l'association messidor.**

#### **2.1.1 Histoire de l'association messidor.**

L'association a été créée en 1975 sur la ville de Lyon, par son président fondateur Vincent Verry. L'objectif associatif était de mettre à disposition des moyens extra-hospitaliers pour aider les patients malades mentaux à se réinsérer socialement et professionnellement<sup>64</sup>. La psychiatrie de cette époque était asilaire et les patients restaient hospitalisés de longues années sans que des solutions de réinsertion leur soient réellement apportées. La création de l'association messidor fut pour des psychiatres « pionniers » de l'hôpital du Vinatier, le moyen de vérifier que leurs théories sur la réhabilitation sociale pouvaient être envisagées. Certes à cette époque du plein emploi, les « trente glorieuses » étaient encore d'actualité et l'État providence venait de voter au parlement les deux lois fondamentales concernant le handicap<sup>65</sup>. C'est ainsi que les premiers résultats sociaux furent une réelle réussite dans la sortie des patients de l'hospitalisation psychiatrique.

Depuis, l'implantation des établissements de l'association messidor est répartie sur quatre départements de la région Rhône-Alpes, les départements du Rhône, de la Drôme, de l'Isère et de la Haute Savoie. En 2004, l'effectif des usagers accueillis est de 294 en ETP, pour un effectif d'encadrement de 119 personnes en ETP.

#### **2.1.2 L'insertion sociale basée sur la valeur du travail.**

L'association messidor s'est donc fixée comme objectif prioritaire d'utiliser le travail protégé pour remettre les personnes handicapées psychiques en situation d'autonomie

---

<sup>64</sup> VERRY V. *L'archipel asilaire*. Suisse : Edition des Deux Continents, 1994.173 p Chapitre, Naissance de messidor. p. 101.

<sup>65</sup> Loi n° 75-534 du 30 juin 1975, d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales.

sociale et professionnelle. Dans un premier temps, le statut d'un travail rémunéré permet de redonner un positionnement social aux personnes qui ont été exclues. Dans une seconde étape, le travail protégé est utilisé comme un outil de préparation, de tremplin vers le milieu ordinaire de travail. Cette transition entre l'inactivité professionnelle et un travail professionnel devient une véritable passerelle entre l'état de la prise en charge totale de la personne et son autonomie définitive. Elle signifie également une amélioration de l'état mental de la personne qui se manifeste par un accroissement de ses capacités professionnelles, une adaptation progressive aux contraintes du milieu économique et l'acquisition d'une autonomie sociale.

### **2.1.3 Les principes fondamentaux garants des valeurs associatives.**

L'association a développé au fur et à mesure de son avancée sociale des concepts<sup>66</sup>, véritable fondation de l'action sociale de l'institution.

- A) Le premier concept repose sur le ciblage des usagers. La population des personnes citées concerne essentiellement le handicap psychique. Il s'agit de personnes ayant souffert de troubles psychiatriques et qui sont dans une situation d'attente par rapport à leur réinsertion sociale et professionnelle. Leur état de santé psychique doit être stabilisé. Il n'est cependant pas nécessaire que la personne soit en rupture avec l'équipe soignante. Bien souvent, le début de la réinsertion sociale est mené de front avec la fin du protocole de soins du traitement psychiatrique. Cette anticipation permet d'éviter la période de rupture entre la fin des soins et l'intégration dans une organisation sociale.
- B) Le deuxième concept doit s'intéresser à la notion du retour à un équilibre social, grâce à la remise au travail. Cette dernière doit bien sûr correspondre à une approche progressive. Le choix des activités de services évite la stigmatisation de la personne dans des ateliers fermés.
- C) Le troisième concept est celui d'associer l'utilisateur à son parcours de transition. La personne doit rester au cœur du dispositif d'insertion. Les entretiens d'évaluation et de transition sont toujours réalisés avec les mêmes acteurs : l'utilisateur lui-même, le conseiller d'insertion et le chef d'équipe. L'utilisateur doit également avoir une vision très claire, de son parcours de transition et d'insertion. Un balisage repérable à chaque

---

<sup>66</sup> Collectif de messidor. *Handicap psychique & réinsertion - L'expérience de messidor*. Octobre 2000. 148 p. Chapitre, Les principes fondamentaux pp. 12-17.



étape de la transition est clairement identifié : il sert de fil conducteur pendant la durée totale du passage de l'utilisateur dans l'établissement.

D) Le dernier concept est celui de la séparation du lieu du travail et du lieu de vie extra-professionnelle. Celle-ci permet à l'utilisateur handicapé psychique de ne pas trouver sur un même lieu, l'ensemble des besoins qu'il exprime. Les soins, les loisirs, l'écoute sociale, l'activité professionnelle et le logement sont donc des lieux séparés, et c'est à l'utilisateur de trouver sa propre organisation pour gérer et articuler l'ensemble de ses besoins. Cette séparation permet également de positionner l'utilisateur dans un lieu professionnel où l'ensemble de ses désirs ne sera pas couvert : la séparation est ainsi rendue plus aisée lors de son départ dans le milieu ordinaire.

#### **2.1.4 Analyse de la population des usagers de l'établissement de la Drôme.**

Depuis quatre années j'assure la direction d'un établissement CAT d'une capacité de 24 usagers et d'un AP d'une capacité de 23 usagers. Les lieux d'implantation des structures d'accueil sont répartis sur trois sites séparés : La ville de Valence, la ville de Portes-lès-Valence et la ville de Montélimar. Cette organisation permet d'adapter la prise en charge des usagers au plus proche de leur lieu de vie.

Les activités professionnelles proposées aux usagers se situent dans le domaine de la restauration du type cafétéria, des espaces verts, de la maintenance en propreté et du détachement d'équipes en milieu industriel. L'ensemble de ces activités reste lié à la prestation de services.

L'analyse de la population des usagers permet de vérifier qu'il s'agit d'une population relativement jeune : 75 % des personnes sont comprises dans une tranche d'âge de 31 à 40 ans, 7% pour les personnes de plus de 41 ans et de 18% pour les personnes de moins de 31 ans (annexe 3).

La population des personnes de plus de 41 ans est faible mais elle correspond au projet de l'établissement. D'une part, les usagers ne font qu'une transition dans notre établissement et n'ont de ce fait que peu d'années d'ancienneté (50% entre 0 et 3 années et 35% entre 4 et 6 années). D'autre part, les personnes plus âgées ne recherchent pas nécessairement une prise en charge sociale basée sur une activité professionnelle. La population des personnes plus jeunes est également faible, 17% des effectifs. En effet, les jeunes souffrant de psychoses sont à cet âge encore dans une prise en charge psychiatrique. De même, ces populations de plus jeunes sont, à la sortie des soins, dans le déni de l'acceptation du statut de personnes handicapées. Ce n'est qu'après avoir essuyé des échecs successifs lors des retours à la vie normale qu'ils finissent par accepter ce statut, bien que stigmatisant. (Annexe 3).

Cette population est également peu autonome que ce soit dans leurs hébergements ou leurs déplacements. 35 % sont tributaires des transports en communs. Cette solution sur un département tel que la Drôme est insuffisante pour couvrir l'ensemble des déplacements nécessaires à une activité professionnelle. 37 % vivent encore chez leurs parents alors que leur moyenne d'âge est comprise entre 31 et 40 ans. 5 % sont encore dépendants d'une hospitalisation psychiatrique et 23% vivent dans des logements mis à leur disposition par l'hôpital (SVER). Ces constats illustrent le niveau de dépendance de ces usagers quant à la prise en charge sociale de leur vie quotidienne. (Annexe 3).

### **2.1.5 Comment améliorer la prise en charge du public de personnes handicapées psychiques sur le territoire drômois ?**

L'annexe 1 indique les origines des demandes des usagers pour intégrer notre établissement. Sur une population de 51 personnes seulement 8 d'entre elles intégreront nos unités de travail, soit 17% d'intégration sur un public donné. Il en est de même par rapport à l'annexe 2 qui traite des sorties des usagers de nos établissements. Seulement 21 % des usagers retrouveront une situation professionnelle dans le milieu ordinaire.

Il est exact que le public de personnes handicapées psychiques représente une spécificité dans la prise en charge sociale. Comme je l'ai précédemment décrit dans les pages décrivant ce handicap, il s'agit bien d'une population instable et qui reste constamment à la lisière des soins et de la réadaptation sociale. Les retours aux soins restent fréquents et ce pour des périodes plus ou moins longues (parfois de 6 mois à 1 an). Notre association est certes experte dans le domaine de la réinsertion en milieu ordinaire mais devons-nous nous contenter de ces résultats ? Plus de 83 % d'usagers sont exclus de la remise au travail en milieu protégé et 79% ne peuvent atteindre les objectifs que le projet d'établissement s'est fixé. Il est cependant important de souligner que les périodes de mise en activité professionnelle dans le travail protégé sont salutaires à l'équilibre psychologique de la personne. Mais comment limiter le nombre des personnes qui se mettent en rupture avec notre projet associatif ? Je peux à ce niveau de ma réflexion, annoncer qu'il faut alors agir en visant deux cibles prioritaires. La première, pour moi la plus pertinente, est celle d'un rapprochement de notre institution avec les équipes soignantes de manière à préparer la personne à un parcours d'insertion cohérent dès sa prise en charge hospitalière. La deuxième cible doit envisager la construction d'un dispositif social départemental qui agit dans un souci pluridisciplinaire. C'est à dire qu'il faut apporter à la personne, non seulement une activité professionnelle, mais aussi un étayage social basé sur l'accompagnement de la personne dans sa vie citoyenne. C'est sur ces deux positionnements que je vais continuer ma réflexion afin de valider la construction de mon projet.

## **2.2 Le travail, une valeur de resocialisation.**

Avant de continuer mon approche sur l'analyse d'un service d'accompagnement articulé autour d'un collectif, il me semble important de passer un peu de temps sur les valeurs associatives. Le projet d'établissement de l'association messidor est principalement orienté sur la remise au travail dans le milieu ordinaire des personnes handicapées psychiques. En effet, cette association a été créée dans les années 1975, en pleine période d'emploi et à un moment où le travail représentait une valeur fondamentale de l'accomplissement de l'homme. Peut-on dire de nos jours que cette valeur reste une réalité ? Comment pouvons-nous affirmer que le travail reste fondamental alors que des familles connaissent le chômage sur une ou deux générations ? Comment pouvons-nous également affirmer que le travail est structurant alors que les personnes, après des années d'activité professionnelle dans une même entreprise, se retrouvent mises sur le rang du chômage afin de satisfaire le désir financier d'actionnaires invisibles ? Comment pouvons-nous prétendre que le travail est source de stabilité sociale alors que nous voyons un grand nombre de salariés souffrir psychologiquement dans des entreprises « harcelantes » ? A ces questions, je vais répondre en ré-interrogeant nos propres valeurs associatives.

### **2.2.1 Histoire de la valeur « travail »**

Dominique Méda nous affirme dans ses écrits<sup>67</sup> que le travail n'a pas toujours été considéré au cours de l'évolution de la société comme une valeur fondamentale. Les civilisations grecques et romaines ne reconnaissaient pas le travail comme essentiel : c'étaient les esclaves qui prenaient en charge les travaux dégradants et pénibles. La philosophie et les sciences étaient réservées aux citoyens libres. C'est à partir de la fin du moyen âge que les théories et les pratiques ont changé au point de permettre l'éclosion d'une modernité basée sur le travail. Et ce n'est également qu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle que le travail devient une puissance humaine et mécanique qui permet de créer de la valeur, une quantité d'argent et de la richesse. Ce facteur de production permet la mise en relation de l'individu et de la société. Le XIX<sup>e</sup> siècle va profondément transformer cette représentation en faisant du travail le modèle de l'activité créatrice par excellence. Hegel met l'accent sur l'évidence de la construction d'une essence de travail, c'est à dire d'un idéal de création et de réalisation de soi. Karl Marx quant à lui, construit une vaste opposition entre le vrai travail qui est l'essence de l'homme et la réalité du travail qui n'en

---

<sup>67</sup> MÉDA D. *Le travail, une valeur en voie de disparition*. Paris : Flammarion, 1995. 358 p.

est qu'une forme aliénée. La création de richesses dans le sens de la propriété privée est pour Marx, aliénation de l'homme. Pour lui, « *le travail est la plus haute manifestation de mon individualité, mais il constitue également ce milieu au sein duquel se réalise la véritable sociabilité* »<sup>68</sup>. En France, le travail apparaît tout à la fois comme contribution de chacun aux progrès de la société, fondement du lien social et source d'épanouissement et d'équilibre personnel. La pensée sociale démocrate rend obligatoire l'intervention d'un état capable de garantir la marche régulière de la grande machine sociale. C'est ainsi que dans la période d'après guerre, l'état providence se donne pour impératif de maintenir absolument un taux de croissance et de distribuer des compensations de manière à assurer un contrepoids au rapport salarial.

De nos jours, la notion de productivité a fait baisser le travail humain. La recherche incessante de nos sociétés contemporaines est de se libérer de la contrainte du travail en l'humanisant. Cette recherche de bien-être, en quête de mécanisation du moindre de nos gestes, a profondément mis en opposition le rapport entre le travail et la création de richesses. Nous ne sommes plus sur l'échelle du travail mais sur un nouveau concept, « l'emploi ».

### **2.2.2 Le travail dans son rapport social.**

Les transformations économiques et sociales de nos sociétés sont donc liées à cette notion de productivité. Cette dernière entraîne un accroissement du chômage, de la précarité et la recrudescence de la pauvreté. Nos économistes sont bien plus préoccupés par l'évolution du cours des actifs en bourse que de l'évolution du nombre de chômeurs. Il n'y a plus de corrélation entre le monde du travail et le monde de l'économie (richesses). La régulation faite par les politiques pour harmoniser ces deux mondes reste relativement vaine. La tendance actuelle se cantonne à produire davantage en comprimant les coûts salariaux.

Pourtant le travail reste encore de nos jours l'exercice d'une certaine forme de socialisation parce qu'il est « *la forme majeure d'organisation du temps social* »<sup>69</sup>. Il permet l'apprentissage de la vie en société et la construction des identités ; il est la

---

<sup>68</sup> MERCURE D., SPURK J. *Le travail dans l'histoire de la pensée occidentale*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2003. 297 p. Chapitre, La notion de travail chez Karl Marx, pp. 201-224.

<sup>69</sup> MÉDA D. *Le travail, une valeur en voie de disparition* : Paris : Flammarion, 1995. 358 p. Chapitre 7 Le travail, lien social, pp. 167-195.

mesure des échanges sociaux, permet également à chacun d'avoir une utilité sociale et enfin est un lieu de rencontre et de coopération.

Comme le précise Jean-Marie Harribey<sup>70</sup>, dans des enquêtes menées auprès des demandeurs d'emploi, des jeunes et des salariés, le travail reste central, avec cependant la prise en compte de la valeur du temps pour soi. Ainsi ce serait moins l'aspiration du travail qui serait mise en question que l'inégale répartition de l'effort de travail. Certains s'épuisant à trop travailler pendant que d'autres sont réduits à l'inactivité professionnelle. De même, plus personne de nos jours n'entend se réaliser par son seul travail. La possibilité de se livrer à des activités associatives ou des loisirs permet de substituer les valeurs sociales générées par le travail. Cependant ces deux activités distinctes risquent de créer une coupure entre ceux qui participent aux tâches nobles dites de production et ceux qui pratiquent des activités dites non productives.

De même, l'évolution des techniques s'accélère de plus en plus vite, ce qui oblige certains individus à connaître plusieurs métiers au cours de leur vie active, à se maintenir à un niveau de connaissance demandant des formations qualifiantes constantes. Alors que pour d'autres personnes, ce sera la précarité des «petits boulots » entrecoupée de périodes d'inactivité. Ce clivage est également une source de coupure identitaire.

Cette notion de valeur-travail constitue donc actuellement un paradoxe : le temps libéré, parce qu'il y a moins de travail, prend de la valeur dans un sens éthique, à savoir être le maître du temps de nos vies. Alors que ce temps libéré n'est pas acceptable actuellement dans un monde de surproduction. C'est ainsi que cette notion de valeur-travail dans notre société devient une valeur ambiguë et a tous les symptômes pathologiques de la schizophrénie, mais pour trouver une thérapie adaptée, cela sera sans doute relativement complexe !

### **2.2.3 Le travail mis en relation avec les usagers de l'association messidor.**

L'association messidor a donc traversé au cours de ses trente années d'existence, une période de plein emploi dans les années 75 et actuellement une période où l'emploi devient précaire. Il est évident qu'elle a dû s'adapter à ce changement du paysage social. Pour remettre les usagers en situation de travail en milieu ordinaire, elle a renforcé certains de ses concepts de base. Si dans les années 75 une remise au travail était

---

<sup>70</sup> HARRIBEY J.M. *Alternatives économiques et sociales, pour entrer dans le XXI<sup>e</sup> siècle*, Limonest, L'Interdisciplinaire, 2000. Chapitre 2, La valeur travail dans la société. p. 95.

suffisante pour aider les usagers à se réinsérer, il a fallu par la suite renforcer la notion de polyvalence. C'est ainsi qu'il est proposé aux usagers, un parcours d'insertion balisé en étapes. Chacune de ces étapes est repérable et permet à la personne de découvrir au fur et à mesure de sa progression une palette d'activités. De même, afin de renforcer l'adaptabilité des usagers, des formations qualifiantes sont proposées aux usagers, en relation avec leur projet de retour à l'emploi en milieu ordinaire. Afin de garantir la réussite lors d'une proposition d'embauche, un conseiller d'insertion de l'association, accompagne l'utilisateur dans l'entreprise ce qui d'une part tranquillise le travailleur handicapé et d'autre part sécurise l'employeur.

Les retours en milieu ordinaire sont plutôt réalisés dans de petites entreprises de moins de 20 salariés. Les usagers se retrouvent ainsi dans une dimension bien plus humaine. C'est bien souvent le « pari » que se donne l'employeur qui permet à cette insertion de perdurer. Nous nous retrouvons dans une forme de relation du type « paternaliste », qui a été abandonnée depuis longtemps par les grands groupes industriels. Cette relation atypique de nos jours donne un cadre relationnel plus humain à l'utilisateur.

*« Le fait de travailler m'aide à renouer avec moi-même ce que j'étais avant. Je sens que j'ai un potentiel en moi et qu'il faut le développer. Pour moi, c'est important de sortir de là et de retrouver une vie normale. Travailler m'oblige à avoir un rythme de vie, comme tout le monde. Je l'ai un peu plus, maintenant, ma liberté. Mais ma liberté, je la gagne... »<sup>71</sup>*  
*« Le travail, ça remplit presque ma vie, car je n'ai rien d'autre... »<sup>72</sup>.*

Ces deux témoignages d'utilisateurs éclairent l'importance d'une activité professionnelle pour des personnes qui ont vécu une période d'exclusion. Le travail n'est pas pris dans le sens de valeur, mais plutôt dans le sens de remplir le temps d'inactivité. Notre société actuelle change, l'individualisme devient de plus en plus une réalité sociale. Les personnes handicapées psychiques se retrouvent très souvent seules dans leur vie. Cette rupture est liée à la maladie mentale qui a isolé la personne de sa propre famille et de son entourage. Le travail devient alors essentiel pour renouer des liens sociaux avec un environnement. Si le travail permet à la personne de reconstruire un relationnel social, il reste cependant lié uniquement à l'activité de production. Il est en effet très important de

---

<sup>71</sup> Association messidor. *Trajectoires*. Témoignages d'utilisateurs de l'association messidor. Lyon : 1995. 48 p.

<sup>72</sup> VERRY V. *L'archipel asilaire*. Suisse : Edition des Deux Continents, 1994.173 p. Chapitre, Les santons de l'asile. p. 75.

resituer l'usager dans ce contexte socio-économique. Le travail ne doit pas s'effacer au détriment de la relation sociale que demande la personne. Il reste donc à construire autour de ce dispositif, un maillage d'opérateurs sociaux qui prendrait en charge les temps de non-travail. Cette construction sociale deviendrait un renforcement de l'étagage que l'on peut apporter aux personnes handicapées psychiques, afin d'éviter des périodes de rupture.

Même si l'association messidor a su s'adapter à la modification de notre environnement, il reste donc à envisager une prise en charge élargie de la personne handicapée. Jean-Paul Arveiller et Clément Bonnet introduisent cette notion de pluridisciplinarité dans la prise en charge sociale du malade mental : « *une association pour créer un nouveau champ relationnel où le travail, le loisir, la culture sont des leviers de la prévention et du soin* »<sup>73</sup>. Il faut donc mettre en oeuvre des solutions d'accompagnement social, tout en respectant la différenciation des lieux. Les lieux de travail, les lieux de loisir, les lieux d'hébergement, les lieux d'accompagnement social doivent être séparés afin d'éviter de stigmatiser l'usager dans un même établissement. Cette séparation doit être inventée dans l'idée de donner plus d'autonomie à la personne handicapée.

### **2.3 Le besoin de renforcer l'accompagnement social.**

Michel Charzat précise dans son rapport parlementaire : « *L'accompagnement est unanimement cité par les associations de famille et de malades et par les professionnels, soignants et sociaux, comme la clé du dispositif d'aide...* »<sup>74</sup>. Cette précision vient renforcer mon analyse dans le champ du secteur sanitaire comme dans le champ de la remise au travail. En effet, le retour du patient en dehors de l'établissement psychiatrique ne pourra être durable que si les soignants se préoccupent de la prise en charge sociale de l'usager. Il en est de même pour la prise en charge dans le travail protégé des personnes handicapées psychiques qui nécessite obligatoirement un accompagnement social mené conjointement.

---

<sup>73</sup> ARVEILLER J.P., BONNET C. *Au travail...* Toulouse : Érès, 1991. 222 p. Chapitre, Bilan et perspective, p. 199.

<sup>74</sup> CHARZAT M. Rapport à Mme Ségolène Royal Ministre Déléguée de la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées. *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Mars 2002, 138 p. Chapitre 2, Les soins et l'aide (accompagnement et moyens matériels). pp. 40-49.

A ce point de ma réflexion, il me semble important de positionner l'accompagnement social à la manière d'une plaque tournante qui permettra de mettre du lien dans la prise en charge de l'usager. Lien avec le secteur des soins afin de garantir la continuité dans le suivi psychiatrique de la personne, lien avec les différents acteurs du social, afin de garantir une cohérence dans le projet d'insertion de l'usager.

### **2.3.1 L'accompagnement social au regard de la psychiatrie.**

Le Dr Bernard Jolivet, psychiatre et psychanalyste, prend en compte les inquiétudes de la psychiatrie qu'il appelle « *la dérive sociale des soins* »<sup>75</sup>. En effet la crainte des équipes soignantes est de constater que les patients qui sortent des soins pour se diriger dans une prise en charge sociale, mettent un terme à leurs traitements thérapeutiques. Cette crainte n'est pas née du hasard, mais elle est régulièrement constatée par les professionnels. En effet, les patients à la sortie des soins se retrouvent dans une situation où le médical n'est plus omniprésent. La tentation de mettre fin à leurs traitements est forte puisqu'ils sont dans une situation psychique proche de l'état de « normalité ». De ce fait, le traitement devient à leurs yeux moins nécessaire, car ils ont la certitude d'être guéris. Dans cette alternative, le retour aux soins après une décompensation est très fréquent et le patient doit repasser par une période plus ou moins longue pour l'instauration d'un nouveau protocole thérapeutique adapté à cette nouvelle situation pathologique.

A propos de cette crainte, le Dr Bernard Jolivet écrit « *Il faut constamment s'ingénier à maintenir des ouvertures, des voies nouvelles, des lieux inventés et réinventés, pour qu'une reprise thérapeutique soit toujours possible* »<sup>76</sup>. Il est donc évident que l'accompagnement social de la personne handicapée psychique ne peut s'affranchir de l'aspect des soins. Les professionnels de l'accompagnement social doivent être les relais dans la vérification du maintien du traitement des usagers. Ils doivent vérifier si les personnes sont toujours en lien avec un psychiatre, avec un CMP ou avec l'équipe soignante d'un secteur psychiatrique. Ils doivent également se préoccuper du respect du protocole thérapeutique. De même, ils doivent se mettre en relation avec les équipes soignantes afin de conforter ces derniers sur cette notion de continuité du suivi de la personne par un professionnel. Ce travail en relation permet également d'échanger sur la

---

<sup>75</sup> JOLIVET B. *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*. Paris : Frison Roche, 1995. 157 p. Chapitre 3, Réinsertion sociale, réinsertion professionnelle, niveaux de réinsertion. pp. 119-136.

<sup>76</sup> Ibid. p. 124.



bonne adaptation du traitement aux gestes et aux relations sociales demandés dans une « vie normale ». Les dérives comportementales de l'usager doivent également être signifiées aux équipes soignantes afin d'éviter les périodes de crises ou de décompensation.

Dans l'hypothèse où l'accompagnement social de la personne handicapée psychique serait articulé autour des éléments précités, cela permettrait de mettre une collaboration plus étroite entre les différents acteurs. « *L'avenir de la psychiatrie et de l'action sociale est sans doute dans la reprise de cette question de la socialisation et dans l'approfondissement de la notion de réseau* »<sup>77</sup>. Pour que ce changement des pratiques soit opérationnel, il faut travailler sur la notion de coopération, la notion de collectif. Ce travail demande une analyse plus fine de l'organisation institutionnelle incitant au rapprochement d'acteurs. C'est la raison pour laquelle je propose, afin de mieux affiner cette prise en charge, de traiter dans un prochain chapitre des modalités de coopération entre le secteur du sanitaire et le secteur du social.

### **2.3.2 L'accompagnement social au regard de l'usager et de sa famille.**

L'usager doit être forcément au cœur du dispositif et je ne peux continuer cet écrit sans passer du temps à mieux étudier les réels besoins de l'usager et de sa famille. Même si la loi du 2 janvier 2002<sup>78</sup> prévoit de faire vivre dans chaque établissement social et médico-social, un conseil à la vie sociale, il est important dans un premier abord, et avant de concevoir un dispositif social, de traiter la demande réelle des usagers handicapés psychiques et de leurs familles. Mon expérience de plus de douze années au contact de ces personnes m'a permis de mieux appréhender les lacunes que pouvait rencontrer ce public à propos de la cohérence de leur prise en charge sociale et leur projet de remise au travail. Cependant, afin d'élargir ma perception, je vais appuyer mon analyse sur les études menées par l'UNAFAM<sup>79</sup> et le rapport parlementaire de Michel Charzat<sup>80</sup>.

---

<sup>77</sup> JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social - Travail social et psychiatrie*. Paris : Dunod, 2000. 172 p. Chapitre 5, Des réseaux informels aux réseaux formalisés. p. 89.

<sup>78</sup> La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénove l'action sociale et médico-sociale en réformant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>79</sup> UNAFAM. *Comment Vivre avec un malade psychique*. Paris : Josette Lyon, 2001. 223 p. Chapitre Les réponses possibles. pp. 91-154.

<sup>80</sup> CHARZAT M. Rapport à Mme Ségolène Royal Ministre Déléguée de la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées. *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Mars 2002. 138 p.

C'est ainsi que les besoins et les attentes des personnes handicapées psychiques peuvent donc être orientés selon plusieurs axes d'analyse, la santé, le logement, les revenus, la participation à la vie professionnelle et la participation à la vie sociale et de lutte contre l'isolement :

- A) La santé : J'ai déjà analysé ce sujet dans le chapitre précédent, mais il est important de bien mettre en évidence que le traitement psychiatrique n'immunise pas contre les autres maladies. Il est donc fortement conseillé que la personne soit en relation avec d'autres thérapeutes. Les soins généralistes, les soins dentaires et d'ophtalmologie en sont des exemples, mais restent indispensables à un équilibre de vie sociale.
- B) Le logement : Pour permettre à la personne de sortir d'une prise en charge psychiatrique, le premier dispositif à retenir est celui du logement. Le logement permet une prise de contact essentielle avec la reprise d'une vie autonome. Les solutions de précarité dans ce domaine ne peuvent pas offrir à l'utilisateur une assise suffisante pour le maintenir dans un équilibre de vie sociale. Toute une palette de solutions doit pouvoir être proposée. La famille reste la solution la plus évidente, mais elle est à envisager avec prudence. Elle ne peut pas, bien évidemment, offrir une solution définitive. Une recherche de logement individuel ou collectif semble la solution la plus stable pour la personne. Cependant, il faut toujours évaluer les besoins d'aide à la vie quotidienne. La prise en compte de l'autonomie de l'utilisateur, face à son alimentation, à la gestion de son budget, à l'entretien de son logement, au respect de l'entourage, doit être évaluée et accompagnée si nécessaire.
- C) Les revenus : Sans envisager la situation professionnelle de l'utilisateur qui permet d'obtenir une garantie de ressources à la personne handicapée, des aides de substitution peuvent lui être accordées. L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), la pension d'invalidité sont les deux principaux revenus des personnes handicapées. Des aides complémentaires peuvent être envisagées, l'allocation compensatrice pour tierce personne, le complément d'autonomie en complémentarité à l'AAH, pour favoriser une vie autonome à domicile, et des aides au logement. Ces dernières permettront de financer les loyers des logements réservés aux personnes handicapées. Les familles participent également aux revenus des usagers par l'octroi de dons du type ameublement, nourriture ou la participation financière au départ en vacances. En fonction du degré d'autonomie des usagers, un accompagnement dans l'aide au renouvellement des dossiers COTOREP ou de la déclaration de ressources de la CAF est nécessaire. Cette aide est parfois réalisée par une assistante sociale, par les services de tutelle ou de curatelle. Un rapprochement de l'accompagnement social doit

alors avoir lieu avec ses différents services pour s'assurer de la cohérence de ces démarches financières.

D) La participation à la vie professionnelle : Comme le précise Michel Charzat dans son rapport, « *les familles et les soignants sont généralement pessimistes* »<sup>81</sup> quant au retour de la personne handicapée psychique dans le milieu ordinaire. En effet l'UNAFAM, précise que « *la recherche d'un travail à temps complet, en milieu ordinaire de travail est souvent utopique, et sans doute source de difficultés à venir* »<sup>82</sup> Certes le dispositif du travail protégé offre une alternative à ce pessimisme. Il permet d'offrir un retour à l'emploi sans que l'utilisateur ne se retrouve face à un milieu ordinaire hostile. Cependant le travail protégé connaît des limites qui sont d'une part un nombre de places inférieures au nombre de demandeurs et d'autre part une stigmatisation de l'utilisateur dans un établissement « protégé » L'inquiétude de la famille reste liée à la recherche d'une solution la moins agressive possible pour son enfant. C'est une prise de position parentale particulièrement légitime. Dans les équipes soignantes, il y a actuellement plusieurs courants de pensée. Certains professionnels de la psychiatrie s'opposent totalement au retour du patient dans le monde normal du travail. Ils pensent que le niveau actuel de productivité demandé aux salariés dans l'entreprise est destructurant donc totalement incompatible pour des malades mentaux. En revanche, des psychiatres comme Bernard Jolivet pense que cela est envisageable mais avec des aménagements particuliers permettant de faire baisser la demande de productivité de la personne car « *si les techniciens savent dégager des axes clairs, tout est possible* »<sup>83</sup>. Cependant, en tant que professionnel de l'insertion en milieu ordinaire des personnes handicapées psychiques, je peux affirmer que le retour en entreprise de ce public n'est pas une utopie. Le réseau « Galaxie »<sup>84</sup> dont l'association messidor fait partie milite sur le plan national pour faire valoir le retour dans le milieu ordinaire des personnes handicapées psychiques. Ce réseau est constitué de plusieurs associations qui ont développé des prises en charge spécifiques dans l'accompagnement de ces usagers au retour à l'emploi. Bien sûr, une des clés de la

---

<sup>81</sup> Ibid. p. 46.

<sup>82</sup> UNAFAM. *Comment Vivre avec un malade psychique*. Paris : Josette Lyon, 2001. 223 p. Chapitre, Les réponses possibles. pp. 149.

<sup>83</sup> JOLIVET B. *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*. Paris : Frison Roche, 1995. 157 p. Chapitre 3, Réinsertion sociale, réinsertion professionnelle, niveaux de réinsertion. p. 136.

<sup>84</sup> VIDAL-NAQUET P., *Maladie mentale, handicap psychique et insertion professionnelle. Un état de la question dans le réseau Galaxie*. Lyon : septembre 2003. 19 p.

réussite dans ses projets est l'accompagnement de la personne aussi bien dans les aspects de re-professionnalisation que dans les aspects de réadaptation sociale.

E) La participation à la vie sociale, lutte contre l'isolement. Je pense qu'il s'agit là de la clé de voûte de l'édifice. La participation à des activités culturelles, sportives et de loisirs est fortement liée au maintien du lien social. La caractéristique de la population des personnes handicapées psychiques est de vivre dans la solitude, de se désintéresser de toute forme de représentation sociale et d'être dans l'impossibilité de construire un projet personnel. Le fait d'aider ce public à retrouver une vie sociale est forcément basé sur de la notion de désir et de plaisir, notions auxquelles nous aspirons tous pour vivre harmonieusement. Il n'est donc pas simple pour l'accompagnateur social de trouver le point de convergence entre le désir de l'utilisateur et l'attractivité d'une activité sociale. Cet accompagnateur doit se mettre en quête, sur le territoire spécifique de l'utilisateur, de recenser l'ensemble des dispositifs sociaux et médico-sociaux. A l'issue de cette recherche, il faudra rechercher l'adhésion de l'utilisateur à ces activités sociales. L'avantage qu'offre aussi cette participation à une vie sociale est de permettre de situer l'utilisateur dans des activités où la notion de handicap n'intervient pas. Cela permet également de lutter contre l'ignorance et la discrimination des malades mentaux, tout en rompant leur solitude et leur isolement. La participation à ces activités est un indicateur pertinent de la réussite d'un accompagnement réussi vers une autonomie accrue de l'utilisateur.

### **2.3.3 L'utilisateur doit permettre de fédérer l'ensemble des partenaires sociaux.**

J'ai préalablement précisé la nécessité de mettre en relation l'accompagnateur social avec les familles, les équipes médicales, les organismes de logements, les administrations, les services de tutelle et de curatelle, les acteurs du travail protégé et enfin les centres d'activités et de loisirs. Il est bien évident que cette liste n'est pas exhaustive. A chaque nouvelle apparition d'un acteur social, il est très important de rechercher à obtenir une adhésion de ce nouvel organisme au projet d'autonomie de l'utilisateur. Le but de cet accompagnement social est d'une part de rendre cohérent le projet social et d'autre part d'apporter suffisamment d'autonomie pour permettre une réhabilitation sociale durable.

### **2.3.4 Un objectif de l'accompagnement : l'autonomie.**

L'objectif fondamental de l'accompagnement social est donc de rechercher une autonomie maximale de l'utilisateur dans son parcours social. Cette autonomie sera donc à impulser dans toutes les actions nécessaires à la vie en société.

- A) Autonomie au niveau de la famille : La personne doit se détacher au fur et à mesure de l'emprise des parents vieillissants. Il est donc nécessaire d'amener l'utilisateur à ce « débrouiller » seul dans les actes quotidiens. Une personne adulte handicapée psychique chronicisée par les parents omniprésents se retrouvera en situation de rupture dès que ses parents ne seront plus en mesure d'assurer leur rôle de tutelle. Un des premiers axes de travail de l'accompagnant social est donc de chercher à rendre autonome la personne.
- B) Autonomie au niveau des soins : La personne doit apprendre par elle-même à aller consulter soit la médecine classique soit les soins psychiatriques en cas de difficultés sociales ou des prémices de décompensation. La personne handicapée psychique doit donc apprendre à vivre avec sa maladie psychique, un peu comme la personne diabétique suit son traitement à vie. Cet apprivoisement de sa propre maladie, cette acceptation de vivre avec elle est aussi une démarche vers l'autonomie.
- C) Autonomie au niveau du logement : Le logement est aussi un élément important de l'équilibre social de la personne. Mais avoir son logement, c'est savoir l'entretenir, savoir se nourrir, savoir gérer son budget, savoir être en relation avec le propriétaire, avec les services des eaux et bien d'autres situations spécifiques à toute occupation d'un logement. Il est donc nécessaire d'accompagner progressivement l'utilisateur à cette autonomie.
- D) Autonomie avec l'administration : Le fait d'être reconnue personne handicapée ouvre des droits réglementaires à l'utilisateur. Il est vrai que ce dispositif reste cependant très difficile d'abord pour des personnes non spécialisées dans la connaissance des politiques publiques. Cependant, la création des maisons du handicap devrait simplifier les démarches administratives (principe du guichet unique). Faire participer l'utilisateur aux démarches administratives, c'est l'amener progressivement à devenir autonome. Lui donner les moyens d'aller chercher l'information nécessaire à faire valoir ses droits, c'est aussi un départ vers l'autonomie. Mais ne soyons pas trop ambitieux, de nos jours, un grand nombre de personnes dites « normales » sont parfois tout autant déroutées par la complexité de notre système administratif.
- E) Autonomie avec les services de tutelles : La recherche d'un allègement de la tutelle est également à rechercher. L'autonomie sociale doit permettre à la personne de se responsabiliser, de retrouver un sens civique, d'être citoyen à part entière.
- F) Autonomie dans le travail : L'activité professionnelle dans un dispositif de travail protégé doit également tendre vers cette recherche d'autonomie. La participation à un travail permet d'apprendre à gérer son temps personnel, à se lever à la bonne heure, à estimer les temps de trajet. Cela doit également permettre de favoriser une vie avec

d'autres collègues de travail, d'inciter à se vêtir correctement et d'aller vers les autres. Travailler permet d'accepter des chefs d'équipes, d'assimiler des consignes et de les respecter. L'ensemble de ces pratiques obligatoires dans le monde du travail sont autant de pistes qui aident la personne à acquérir plus d'autonomie. Une bonne maîtrise de ces pratiques permet de repositionner plus facilement l'usager dans une entreprise de milieu ordinaire.

G) Autonomie avec les centres d'activité de loisirs : Pour conclure cette liste, l'adhésion de l'usager à des activités extra-professionnelles est également un des plus grands facteurs d'autonomie. Le positionnement dans une activité de loisirs ou culturelle favorise les échanges entre les personnes, les nouvelles connaissances et de ce fait permet de s'impliquer dans des actions conjointes sur des projets accessibles à tous.

Il est bien évident que ce désir de rendre plus autonome la personne handicapée psychique ne peut pas se faire sur un temps maîtrisé. Suite à la problématique de ce handicap, des retours en arrière sont fréquents et inévitables. Mais il est primordial d'obtenir de la part de l'accompagnant l'adhésion à cette nécessité de recherche d'autonomie. C'est dans ce sens que l'on pourra redonner à ces usagers une réelle reconnaissance de leur dignité en tant qu'homme. Il est aussi primordial dans cette recherche d'associer à chaque instant l'usager à ce projet, à son projet. Son adhésion et sa perception du trajet social qu'il a à parcourir est aussi une des clés de sa réussite.

## **2.4 La nécessité d'une construction d'un collectif.**

Je vais utiliser par la suite de mon écrit, le mot collectif à la place du mot réseau. En effet il me semble que le mot collectif est plus porteur. Ce dernier d'ailleurs est repris dans de nombreux textes de lois, de rapports ministériels ou d'écrits d'auteur. En reprenant la définition du dictionnaire, le Petit Robert, le mot réseau signifie, dans un de ses sens, « *Organisation clandestine formée par un certain nombre de personnes en relation directe ou indirecte les unes avec les autres et obéissant au même directive* ». Je trouve personnellement cette définition trop statique. La nature même de sa définition a tendance à renvoyer le sens du mot réseau dans la pénombre, dans la « clandestinité ». Il lui manque une force de créativité et de dynamique. Ses contours restent relativement imprécis. Il n'est d'ailleurs pas rare, dans le paysage social et médico-social, d'entendre l'utilisation du mot réseau, mais cela reste, me semble-t-il, encore trop incertain et sans grande efficacité. En revanche, une des définitions du mot collectif est « *réunion de personnes en vue d'une tâche commune* ». Cette définition m'apparaît bien plus appropriée à la dimension éthique que je désire faire porter à ce mot. Il y a une notion de dynamique essentielle pour mener un projet commun. Le sens de « *réunion de*

*personnes* » prend également toute sa légitimité dans l'action commune qu'il faut mettre en oeuvre pour mener correctement une prise en charge sanitaire et sociale d'une personne handicapée psychique.

#### **2.4.1 Le travail en réseau, une volonté historique du législateur.**

Depuis 1978, la circulaire 60AS<sup>85</sup>, dans le champ de l'accueil en CAT des personnes présentant une maladie mentale, demandait de mettre en place des conventions entre le secteur ou l'inter-secteur psychiatrique et l'établissement de travail protégé. Ces conventions devaient préciser « *les conditions dans lesquelles sont faites les interventions thérapeutiques* » Cependant il y a eu, il me semble, peu de conventions réellement établies entre ces deux partenaires. Pour ma part, je pense nécessaire qu'elles soient écrites, le cas échéant avec la volonté de séparer réellement la prise en charge sanitaire et sociale de l'usager. Une convention trop liée aux soins cautionnerait une confusion dans la prise en charge sociale de la personne handicapée psychique.

Dans le champ de la psychiatrie, une longue marche du secteur vers la cité a été initiée au travers de plusieurs textes législatifs. La circulaire du 15 mars 1960<sup>86</sup> jeta les bases d'un fonctionnement en réseau sectoriel. Un grand nombre de circulaires depuis cette date, vint renforcer cette nécessité de travail en réseau. C'est ainsi que nous pouvons en retenir un certain nombre de formulations : création de conseils de secteur, d'équipes pluridisciplinaires, de concertations partenariales, de conseils de santé mentale de secteur, etc....

Cependant, comme le précise le Dr Jean-Luc Roelandt.<sup>87</sup>, dans son rapport ministériel, très peu de réseaux formels en santé mentale se sont concrétisés. En effet il existe en premier lieu des obstacles généraux à la mise en place de ces réseaux : le caractère artificiel d'un réseau défini par le législateur, l'émergence de nouvelles contraintes « chronophages » et la dilution du secret professionnel. De même des contraintes spécifiques à la psychiatrie font également office de frein : le risque de « dilution » de la psychiatrie dans le social nie le caractère singulier de la pathologie mentale. La crainte de la dé-spécification aux yeux du reste de la médecine et du grand public a limité les

---

<sup>85</sup> CIRCULAIRE 60AS du 8 décembre 1978, article 144-21 & 22.

<sup>86</sup> Circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

<sup>87</sup> Dr ROELANDT J.L. *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport remis au ministre à la santé. 2002. 109 p. Chapitre 2-2, Un état des lieux insatisfaisant dans le champ de la santé mentale, pp 23-25.

psychiatres à abonder dans ce sens. Il existe aussi le risque de « psychiatriser » l'ensemble des personnes en état de souffrance psychique.

Cette ambiguïté entre la demande du législateur et le constat de l'absence d'une articulation entre le sanitaire et le social reste la réalité de la prise en charge des personnes handicapées psychiques. Cependant un grand nombre de professionnels préconise la nécessité de ce travail en réseau, travail articulé autour d'un collectif pluridisciplinaire. Le Livre Blanc des partenaires de santé mentale propose de garantir un suivi continu, médical, psychologique et social. Il renforce cette notion de réseau en écrivant qu'« *une reconnaissance officielle par les décideurs du caractère nécessaire de ces partenariats apparaît hautement souhaitable compte tenu de la nature des problèmes à résoudre* »<sup>88</sup>. De même, Marcel Jaeger dans son ouvrage « *l'articulation du sanitaire et du social* » indique « *l'avenir de la psychiatrie et de l'action sociale est sans doute dans la reprise de cette question de la socialisation et dans l'approfondissement de la notion de réseau* »<sup>89</sup>. Le Dr Bernard Jolivet<sup>90</sup> nous fait part de son inquiétude concernant la dérive sociale des soins et de l'obligation de maintenir du lien entre les professionnels. De même le Dr Jean-Luc Roelandt dans ses rapports ministériels nous dit la nécessité qu'il y a de nos jours à accompagner la personne handicapée psychique dans un parcours cohérent entre le sanitaire et le social. Cette cohérence ne pouvant être aboutie qu'en mettant du lien entre ces différents acteurs. C'est ainsi qu'il m'est apparu indispensable de créer sur le territoire drômois ce collectif pluridisciplinaire afin de parfaire la prise charge sociale de ces personnes. Avant de travailler sur la méthodologie de la construction de ce réseau, il est important de revoir cette notion de concept de collectif, d'en connaître les modes de fonctionnement et les principes qui unissent des partenaires sur un projet commun.

#### **2.4.2 Les conseils de secteur, un outil mal utilisé.**

Les conseils de secteur ont été préconisés par la circulaire du 14 mars 1972<sup>91</sup>, soit plus de trente années en arrière. Cette dernière permettait la création de réseaux spécialisés en passant des conventions entre les différents intervenants et autorisait également

---

<sup>88</sup> SANTE MENTALE EN FRANCE. *Le Livre Blanc des Partenaires de Santé Mentale France*. Paris : EDS, 2001. 64 p. Chapitre, Officialiser le partenariat, p. 51.

<sup>89</sup> JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social - Travail social et psychiatrie*. Paris : Dunod, 2000. 172 p. Chapitre 5, Des réseaux informels aux réseaux formalisés, pp. 87- 103.

<sup>90</sup> JOLIVET B. *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*. Paris : Frison Roche, 1995. 157 p.

<sup>91</sup> Circulaire n° 431 du 14 mars 1972, relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.



l'organisation de leurs concertations. Cette préconisation a été renforcée par la circulaire du 14 mars 1990<sup>92</sup> qui oblige les conseils de secteur à étudier et à résoudre les problèmes d'articulation et de coordination entre les différents acteurs du sanitaire et du social. Ces conseils de secteur ont donc pour but de mieux orienter les patients dans les différentes prises en charge sur un territoire et également de soumettre des préconisations d'amélioration.

Cependant, les conseils de secteurs restent hétérogènes et peu nombreux. Le domaine infanto-juvénile a davantage été étendu, pour des raisons éducatives. Le « *secteur psychiatrique reste encore trop hospitalocentrique* »<sup>93</sup>. Deux raisons majeures ont limité la création de ces conseils : la première raison est la crainte des secteurs d'avoir l'entière responsabilité des usagers, même dans une prise en charge sociale, et la deuxième, en opposition avec la première, est le risque d'instrumentalisation du social par la psychiatrie, et donc de reconduire un système clos, un système asilaire dans la cité. C'est ainsi que dans ce paradoxe institutionnel, aucun des acteurs du sanitaire et du social n'a réellement collaboré pour garantir un conseil de secteur adapté.

C'est ainsi que le Dr Jean-Luc Roelandt. précise dans son rapport<sup>94</sup> que les réseaux existants se répartissent entre deux pôles opposés, du sanitaire pur au social pur, du réseau des soins au réseau communautaire. Cette précision donne son importance au travail de communication que j'aurai à mettre en œuvre pour construire un collectif pluridisciplinaire opérationnel entre ces différents acteurs du champ du sanitaire au social.

### **2.4.3 Les intérêts partagés dans la création d'un collectif.**

J'ai abordé dans les chapitres précédents cette notion d'articulation de la prise en charge de l'utilisateur en rapport avec une grande diversité d'acteurs du sanitaire et du social. Chacun de ces acteurs a besoin de s'appuyer dans sa propre prise en charge sur d'autres acteurs spécifiques. Cela peut bien évidemment faire partie d'un réseau proprement dit, mais cela n'est pas aussi simple. En effet le passage de relais ne peut se faire que dans une notion de cohérence, notion du lien entre la prise en charge faite par les

---

<sup>92</sup> Circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale.

<sup>93</sup> Dr ROELANDT J.L. *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport remis au ministre à la santé. 2002. 109 p. Chapitre 2-2, Un état des lieux insatisfaisant dans le champ de la santé mentale, pp 23-25.

<sup>94</sup> Dr ROELANDT J.L. *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport remis au ministre à la santé. 2002. 109 p. Chapitre 2-5, L'enseignement des expériences déjà menées en santé mentale, pp 28-29.

professionnels. Or, le lien actuellement n'est pas un des concepts qui tire par le haut les valeurs de nos institutions. Comme nous avons pu le constater dans le fonctionnement des conseils de secteur, la prise en charge de l'usager est souvent nombriliste. La réciproque est également vraie dans le champ du social. Nous pouvons affirmer avec certitude que le fonctionnement de nos institutions reste trop habituellement centré sur sa propre prise en charge. La recherche de partenaires est souvent instaurée quand nous devons trouver une solution urgente face à un usager en situation de rupture avec l'établissement. C'est ainsi que les réseaux répondent plus à cette notion de recherche de solution dans la précipitation que dans la recherche de garantie d'une réelle cohérence du parcours médico-social de l'usager.

La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 met un accent fort sur la «*coordination des décideurs*». Si l'enjeu de cette loi est de développer les complémentarités entre les établissements et de garantir la continuité dans la prise en charge, il faudra veiller à ce que l'engagement institutionnel de ces établissements soit réellement accompagné de faits. Proposer uniquement des listes d'adresses d'établissements aux usagers n'est pas suffisant.

La prise en charge de personnes handicapées psychiques doit comme nous l'avons déjà traité, aller du lieu des soins jusqu'à la recherche d'une situation d'autonomie satisfaisante pour la personne. Le collectif devra donc s'articuler entre la prise en charge psychiatrique et la situation de prise en charge sociale. Il est cependant important de noter qu'il lui faudra aussi faire cohabiter un éventail de professionnels relativement large et pluridisciplinaire. Cette cohabitation fédèrera l'ensemble de ces acteurs autour d'un projet commun, avec les mêmes valeurs selon «*le principe supérieur commun*» comme le théorise Luc Boltanski dans son livre «*De la justification*»<sup>95</sup>. En effet il sera primordial de rechercher à associer l'ensemble de ces «*mondes*» hétérogènes autour du projet commun qui est la recherche d'une continuité dans la prise en charge de la personne handicapée psychique.

\*\*\*\*\*

---

<sup>95</sup> BOLTANSKI L., THÉVENOT L. *De la justification*. Paris : Gallimard, 1991. 483 p.

A ce niveau de mon analyse, je peux dégager plusieurs constats qui vont me permettre de nourrir mon étude dans la troisième partie de ce mémoire. Le premier constat est lié à travers l'association messidor en particulier, à son positionnement au niveau du concept de la réinsertion professionnelle et sociale des personnes handicapées psychiques. En effet, la valeur travail n'est plus de nos jours une valeur en soi. Le retour de l'utilisateur dans la cité demande d'agir sur plusieurs axes en simultané. Le retour travail intervient dans une phase finale où au préalable les prises en charge sur le plan sanitaire et social ont été résolues. Le logement, les revenus, l'évitement de la solitude, les activités de loisirs, les repas, la tenue vestimentaire, etc., sont autant de questions qu'il faudra aborder au préalable pour garantir le maintien de la personne dans sa vie sociale.

Ceci m'amène au deuxième constat à savoir l'articulation de l'ensemble de ces prises en charge entre-elles. Le but étant de garantir pour l'utilisateur une prise en charge sanitaire et sociale cohérente.

C'est ainsi que le troisième et dernier constat est une résultante des deux premiers. Il consiste à mettre à la disposition de l'utilisateur un dispositif social œuvrant comme un réel étayage de l'utilisateur par rapport à son maintien dans la cité. Il me semble donc pertinent, dans cette recherche, de compléter l'outil de réinsertion sociale par la mise en place d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale. Du fait que ce nouveau dispositif est un lieu charnière entre plusieurs types de prises en charge sociales et du fait qu'il doit aussi garantir un maintien et un suivi des soins psychiatriques de l'utilisateur, il devient évident que lors de cette mise en place, il faudra associer les partenaires à cette élaboration du SAVS. Cette participation « multi-institutionnelle » sera le terreau de l'élaboration d'un collectif départemental, spécialisé dans la pathologie de la maladie mentale et de la réhabilitation sociale des personnes handicapées psychiques. Cette nouvelle orientation sociale que je souhaite impulser au sein de notre association me demandera de recueillir l'adhésion du Conseil d'Administration sur l'animation d'un collectif et sur la création de ce nouvel outil social qui est un SAVS.

### **3 METTRE EN ŒUVRE UN SAVS ARTICULÉ AUTOUR D'UN COLLECTIF.**

La création de ce nouveau service au sein de l'association messidor doit répondre à plusieurs critères que je vais développer dans les chapitres suivants. Traiter en premier la mise en place du collectif est à mon avis prioritaire. En effet, si je m'appuie sur le concept de la mise en place d'une articulation entre le sanitaire et le social, cela me semble incontournable de faire participer le collectif à la construction du SAVS. Ce collectif devra être force de proposition dans l'élaboration, la mise en place et la pérennisation de ce nouveau service à l'usage des personnes handicapées psychiques sur le territoire drômois.

En préambule, concernant la nécessité de la création de ce nouveau service, l'adhésion du conseil d'administration de l'association messidor est indispensable. En effet l'association issue de la région lyonnaise a toujours limité sa prise en charge sociale à la réinsertion professionnelle des usagers. Réinsertion basée uniquement par une remise en situation de travail. Une analyse des attentes des politiques territoriales sur un département tel que la Drôme devra être proposée au conseil d'administration de l'association. Cette analyse permettra d'envisager une prise en charge des usagers handicapés psychiques d'une manière différente de celle pratiquée dans le département du Rhône. Je développerai cette analyse dans l'introduction du chapitre concernant la mise en place du SAVS.

#### **3.1 La construction du collectif.**

La naissance de ce collectif s'appuie sur un travail départemental de plusieurs années. Déjà en 2000, des groupes de réflexion se sont régulièrement rencontrés sur le thème de « Travail social et psychiatrie ». En 2001, un séminaire de deux jours conduit par la DDTEFP, l'AGEFIPH, DIRECH26 (PDITH) et l'association messidor a eu pour thème « Comment concilier handicap psychique et emploi ». C'est ainsi qu'un embryon de collectif informel s'est constitué avec des partenaires impliqués dans cette démarche. L'association messidor, la SVER et le service de tutelle l'ATMP se sont régulièrement réunis pour formaliser ce collectif et lui donner une assise lui permettant de perdurer.

La mise en place du collectif reste une aventure relativement complexe dans le champ du secteur sanitaire, médico-social et social. La difficulté est de réunir des professionnels dont les centres d'intérêt sont parfois divergents. Mais en considérant l'utilisateur au centre du collectif, il y a alors matière à construire un groupement de plusieurs institutions qui

permettra de donner une cohérence au parcours de l'usager, des soins jusqu'à sa réinsertion sociale sur un territoire défini. C'est ainsi que ce collectif vient tout naturellement s'intégrer dans cette demande des professionnels de la santé et du social. De plus, le département drômois reste un territoire à dimension humaine, car l'ensemble des professionnels qui œuvrent dans la prise en charge des usagers se connaissent sur le plan relationnel. Ceci devient un atout supplémentaire pour la création de ce collectif. Joseph Haeringer et Fabrice Traversaz s'appuient sur les conditions de fonctionnement d'un réseau par la notion de « *liens personnalisés... terreau sur lequel il va se développer... le réseau s'appuie d'abord sur des relations personnalisées* »<sup>96</sup>.

### **3.1.1 Les partenaires du collectif.**

De ce fait, il m'apparaît relativement simple de formaliser ce collectif au regard des professionnels qui interviennent dans la prise en charge médicale et sociale de l'usager. C'est ainsi qu'en positionnant la personne handicapée au cœur du dispositif j'ai pu recenser de manière globale les partenaires qui en feront partie. Les tableaux en annexe 4 dressent un inventaire synthétique des établissements qui pourront s'inscrire dans ce partenariat. Afin de donner crédit à ce collectif je reprends chaque institution ou association pour lesquelles je mentionne les intérêts partagés qui leur permettront d'exister au sein du collectif. Il est cependant incontournable que les fondements premiers du collectif devront être l'usager lui-même.

Certaines administrations telles que la DDASS, l'ARH, la CPAM et la CAF n'ont pas été mentionnées dans ces tableaux. En effet elles sont dans leurs fonctionnements relativement éloignées de l'usager auquel elles répondent uniquement dans le respect des règles administratives et politiques qui leur sont imparties. Cependant une information de la mise en place du collectif leur sera donnée, avec la possibilité d'inviter des membres de ces administrations pour éclairer certaines demandes précises.

Il en est de même pour certaines associations œuvrant dans la prise en charge de manière marginale par rapport à la population des personnes handicapées psychiques (MAS, FAM, Foyer de vie et de jour, Centres de placement familial pour adultes). Il leur sera également remis une information pour leur spécifier l'existence du collectif. Elles

---

<sup>96</sup> HAERINGER J., TRAVERSAZ F. *Conduire le changement dans les associations*. Paris : Dunod, 2002. 244 p. Chapitre 4, S'organiser en réseau : une mutation de l'espace public associatif. p.120.

auront de fait la possibilité de se joindre au collectif ou d'intervenir pour des sujets relatifs au handicap psychique.

L'adhésion de l'hôpital psychiatrique départemental «Le Valmont » sera facilité par le désir de cet établissement de mettre en place un partenariat sous forme de conventions avec l'ensemble des partenaires médico-sociaux et sociaux du département. Un pôle d'insertion à été créé avec le détachement d'un cadre hospitalier à plein temps pour mener cette mission. Le projet de création du collectif a été accueilli avec beaucoup d'intérêt car cela permettra à ce nouveau service de simplifier ses démarches à l'extérieur de l'hôpital.

### **3.1.2 Fonctionnement du collectif.**

Dans un premier temps le collectif ne sera pas formalisé au niveau juridique. La création d'une association spécifique au collectif donnerait une certaine lourdeur administrative entre les Assemblées Générales, les Conseils d'Administration et les réunions de bureau. Cependant un collectif ne peut exister et perdurer dans le temps que s'il répond à une formalisation précise. C'est ainsi qu'un certain nombre d' « outils » seront constitués pour donner de l'assise et une légitimité départementale. Dans un premier temps il faudra mettre en place une charte du collectif. Celle-ci devra être élaborée avec l'ensemble des partenaires, elle sera une des fondations permettant de faire partager des valeurs communes à ce collectif, « *le renforcement du réseau passe souvent par l'affirmation de textes fondateurs : manifeste, charte, appel collectif* »<sup>97</sup> De même un projet du collectif et un bilan seront rédigés annuellement et diffusés à l'ensemble des institutions et administrations départementales. Les institutions adhérentes au collectif nommeront des personnes impliquées dans cette démarche collective. Une cotisation annuelle sera obligatoire, elle sera intégrée sur un budget spécifique de l'association messidor, elle permettra de faire face aux différents frais liés de fonctionnement (courriers, affranchissements, photocopies, etc...). Le fonctionnement du collectif sera formalisé par des réunions mensuelles programmées annuellement, des sous-groupes de travail pourront être constitués pour traiter des sujets spécifiques. La formalisation d'une réunion annuelle avec l'ensemble des partenaires territoriaux permettra d'établir le bilan de l'année écoulée, l'analyse de son évaluation et de débattre des objectifs de l'année à venir.

---

<sup>97</sup> ibid. p. 121.

### **3.1.3 Les missions du collectif.**

A la suite des différentes instances de réflexion menées sur le département depuis 2000, des pistes actions ont été déjà pointées. Elles correspondent à des attentes réelles de l'ensemble des partenaires et des usagers. C'est ainsi qu'elles ont pu être catégorisées en deux groupes liés à une notion de priorité dans le temps.

La première priorité du collectif est de participer à la mise place des services d'accompagnement à la vie sociale, pour accueillir et prendre en charge des personnes présentant un handicap psychique. Ce SAVS sera porté juridiquement par l'association messidor, mais cette prise en charge sociale correspond à une demande de l'ensemble des partenaires et des personnes handicapées psychiques. Il est donc important que l'implication dans cette mise en place soit unanime de manière à ce qu'elle réponde aux attentes partagées. C'est ainsi que lors de la construction de ce SAVS, je veillerai particulièrement à informer régulièrement le collectif des différentes phases de son élaboration. Même si ma responsabilité et celle de l'association messidor sont pleinement engagées, l'implication du collectif sera un atout supplémentaire pour crédibiliser cet outil social auprès des financeurs et des autorités de contrôle. La seconde mission essentielle de ce collectif sera d'être un interlocuteur privilégié de l'État et des collectivités territoriales pour l'ensemble des questions relevant du handicap psychique sur le territoire drômois.

C'est ainsi que par rapport à ces deux premières missions prioritaires des actions secondaires seront proposées. La première consistera à mettre en place un observatoire départemental pour réaliser des études, des analyses, des évaluations dans le champ du handicap psychique en cohérence avec le schéma départemental. La seconde consistera à proposer, à l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale, l'utilisation le collectif comme un lieu « ressource ».

Ponctuellement des actions spécifiques, liées aux missions énoncées ci-dessus, pourront être menées avec les départements voisins. En particulier avec le département de l'Ardèche car son bassin de vie est principalement situé dans la vallée du Rhône, ce qui donne à un grand nombre d'usagers la possibilité d'être pris en charge par des structures sociales situées dans la Drôme. A ce jour, un grand nombre de manifestation sociale ou de groupes de travail sont menés conjointement entre les deux départements.

### **3.1.4 Mise en place de l'évaluation du collectif.**

Pourquoi mettre en place l'évaluation d'un collectif ? Il me semble important, dans chaque dispositif social, qu'une analyse basée sur l'évaluation puisse être un des moyens de communiquer la pertinence du service rendu. Certes, un collectif reste dans le champ du bénévolat, mais ce bénévolat est au détriment d'un temps de travail qui n'est plus engagé dans d'autres actions. Il est alors indéniable que ce temps doit être mesuré par rapport à la notion de cette nouvelle prestation sociale. Cette évaluation devra donc prendre en compte sur un plan quantitatif les données suivantes : le nombre d'institutions adhérentes au collectif, les effectifs des personnes désignées par leurs institutions, le taux de participation aux réunions programmées, le nombre de sous-groupes de travail constitués pour répondre à des besoins spécifiques, le nombre de dossiers en cours d'instruction ou soldés, les sollicitations du collectif par des partenaires extérieurs. Cette évaluation interne reste dans le champ de la quantification mais elle sera appuyée par le bilan annuel du collectif dans lequel l'ensemble des dossiers traités seront détaillés. De même, chaque fois qu'un travail sera remis à une institution qui en a formulé la demande, une fiche d'évaluation externe sera annexée où apparaîtra la notion de qualitatif de l'action menée. Une synthèse de ces évaluations sera statiquement inscrite dans le bilan annuel.

Il est donc important dès la mise en place du collectif de prévoir la création de cette évaluation interne. Celle-ci aura pour vocation d'une part, de justifier auprès des instances territoriales la pertinence du collectif, d'autre part de fédérer les membres du collectif dans un travail dynamique permettant, en fonction des résultats de l'évaluation, de réajuster ses missions. Cette évaluation sera annexée au bilan annuel et diffusée à l'ensemble des partenaires territoriaux. Une comparaison d'une année sur l'autre sera faite afin de suivre les évolutions.

### **3.1.5 Comment faire perdurer ce collectif ?**

Ce collectif pourra dans premier temps fonctionner sous la forme de « *réseau de proximité* »<sup>98</sup>. Cependant cela pourra fonctionner uniquement dans la phase « pionnière » de la création, les professionnels trouveront un intérêt à partager leurs connaissances dans cette construction du collectif. Ils seront néanmoins confrontés aux priorités qui leur sont demandées par leurs propres institutions. Cette forme de participation basée sur le bénévolat des professionnels s'épuisera naturellement dans le temps. Un des moteurs

---

<sup>98</sup> Dr ROELANDT J.L. *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport remis au ministre à la santé. 2002. 109 p. Chapitre 2-4, Les différents réseaux de soins actuels, pp. 27-28.



de ce collectif sera de veiller à ce que chaque institution retire un intérêt pour sa propre structure. La reconnaissance sur le plan départemental en sera également un des moteurs. Le travail sur des projets communs permettra aussi de maintenir le collectif dans une dynamique constructive, « *le réseau ne vit que par les projets qu'il permet de réaliser* »<sup>99</sup>. Dans un second temps il faudra évoluer sous la forme de « *réseaux inter-établissements* »<sup>100</sup> soutenus par les politiques territoriales. Un financement devra alors être recherché pour recruter un poste de chargé de mission de manière à donner une assise et une animation institutionnelle au collectif. Cette nouvelle organisation du collectif sera portée par une des associations actuelles ou fera l'objet de la création d'une association spécifique. La facilité à financer cette nouvelle organisation sera liée aux résultats obtenus lors des premières années d'un fonctionnement informel.

### **3.2 Quel positionnement par rapport à l'association messidor ?**

Une des réflexions du groupe départemental «Travail social et psychiatrie »a été de travailler sur la mise en place d'un SAVS spécifique à la population des personnes handicapées psychiques. Suite à ce travail collectif, l'ensemble de ces partenaires a de manière unanime spécifié la nécessité de la mise en place d'un tel dispositif social sur le territoire drômois. C'est ainsi que le schéma départemental concernant les personnes adultes handicapées, finalisé en 2004, a intégré comme prioritaire la création d'un SAVS de 40 places pour répondre aux besoins urgents de ce public. De part la nature même de la prise en charge spécifique des personnes handicapées psychiques, l'association messidor a été pressentie pour porter ce projet. L'échéance de sa mise en place est prévue pour 2005.

#### **3.2.1 La recherche de l'adhésion du conseil d'Administration.**

Afin de mettre en œuvre ce projet, il est donc important dans un premier temps d'avoir l'adhésion du Conseil d'Administration de l'association messidor.

Or, dans la deuxième partie de ce mémoire, j'ai développé les concepts de l'association messidor sur la prise en charge spécifique des personnes handicapées psychiques. Un

---

<sup>99</sup> HAERINGER J., TRAVERSAZ F. *Conduire le changement dans les associations*. Paris : Dunod, 2002. 244 p. Chapitre 4, S'organiser en réseau : une mutation de l'espace public associatif. p.121.

<sup>100</sup> Dr ROELANDT L.J., *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. Rapport remis au ministre à la santé*. 2002. 109 p. Chapitre 2-4-, Les différents réseaux de soins actuels, pp. 27-28.

des premiers concepts repose essentiellement sur la remise au travail des usagers avec un des objectifs principaux, le retour en milieu ordinaire de travail. L'association messidor s'appuie également sur un second concept, la séparation du lieu de travail et du lieu de vie extra-professionnel. C'est ainsi qu'il a été développé au sein de l'association uniquement des structures de travail protégé (CAT et AP). Sur le département tel que le Rhône l'association messidor gère un CAT de 120 places et un AP de 80 places, ce qui est cohérent par rapport à la population de ce département. Les autres prises en charge sociales sont assurées par d'autres associations. Sur le département de la Drôme, qui représente une population cinq fois inférieure à celle du Rhône, le CAT de l'association messidor est agréé pour 24 places et l'AP pour 23 places. Le développement de cette nouvelle structure du type SAVS par l'association messidor devra donc s'inscrire dans plusieurs argumentaires consistant à :

- Permettre de rationaliser les frais de structures en répartissant ma fonction de directeur sur les trois structures. Il en sera de même au sujet des postes de comptabilité et de ressources humaines.
- Eviter la création d'une nouvelle association pour porter juridiquement un SAVS d'une petite taille sur un territoire départemental.
- Donner une plus grande visibilité sur le territoire drômois de la prise en charge sociale des personnes handicapées psychiques, au regard des administrations, des services de soins, des associations et des usagers eux-mêmes.
- Offrir au regard de professionnels un dispositif spécialisé dans la prise en charge des personnes handicapées psychiques.
- Simplifier la cohérence dans le parcours d'intégration sociale des usagers.
- Le schéma départemental de la Drôme a mis comme priorité la création d'un SAVS de 40 places spécifiques au handicap psychique. Cette demande s'inscrit dans une urgence sociale par rapport aux attentes de l'ensemble des partenaires du département. Des financements du Conseil Général et de l'ARH sont déjà inscrits dans leurs enveloppes budgétaires pour lancer le projet.
- L'association messidor a été désignée par le Conseil général et par les secteurs psychiatriques comme l'association la plus adaptée pour porter ce SAVS.

Afin de conserver le concept de différenciation du lieu de travail et du lieu d'accompagnement social, il sera important de veiller à ne pas initier de la confusion dans ces prises en charge sociales au regard des usagers. Une séparation des lieux géographiques et des professionnels sociaux devra être clairement établie.

C'est ainsi que l'ensemble de cet argumentaire me permettra de soumettre ce nouveau projet au Conseil d'Administration de l'association. L'objectif recherché sera d'obtenir

l'adhésion des membres du CA afin qu'une lettre de mission me soit mandatée par le Président pour la mise en œuvre du collectif et du nouveau service SAVS.

### **3.2.2 Organisation du futur SAVS avec les établissements CAT et AP.**

Pour ma part je reste fondamentalement convaincu de l'importance de conserver la séparation des lieux de travail et des lieux de vie des personnes handicapées psychiques. Cette séparation doit s'effectuer aussi bien pour les lieux que pour les responsables sociaux de chaque établissement. L'utilisateur doit rechercher à trouver le lieu et la personne à qui s'adresse sa demande spécifique. Ce marquage doit permettre aux usagers de faire un effort pour lui permettre d'accéder à plus d'autonomie. C'est dans ces conditions que le retour vers une réinsertion sociale durable peut être possible. Les établissements où se mêlent l'hébergement, la vie en foyer, les loisirs, le travail protégé, ne sont stigmatisant que pour l'utilisateur. Leurs chances de retour à une vie normale dans la cité deviennent de ce fait plus improbables.

C'est dans ce contexte que je fais le choix de créer le SAVS dans des locaux séparés et avec un personnel différencié. Cependant, afin de limiter des surcoûts de structure, la fonction de direction sera commune à l'ensemble de trois établissements. De même la comptabilité et les ressources humaines seront pris en charge par l'établissement du CAT de l'association messidor. Une re-facturation inter-établissement sera alors recherchée.

De manière à conserver un lien dans les projets d'insertion sociale et professionnelle des usagers qui seraient pris en charge conjointement par un établissement de travail protégé de l'association messidor et par le SAVS, les conseillers d'insertion du CAT et de l'AP et les éducateurs du SAVS seront amenés à se coordonner. C'est ainsi que des temps de rencontre seront créés pour adapter la prise en charge à chaque évolution du parcours d'insertion de l'utilisateur. Dans ces conditions la cohérence du projet de vie de l'utilisateur sera réellement engagée.

### **3.3 Conceptualisation du SAVS pour les personnes handicapées psychiques.**

Il est important de rappeler les bases législatives des SAVS. En effet, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a redéfini le champ de l'action sociale et médico-sociale et a donné une base légale à la diversification des modes d'intervention des personnes morales de droit public ou privé, gestionnaires des institutions sociales et médico-sociales. Ainsi, l'article L.311-1 du code de l'action sociale et des familles précise que les actions sociales et médico-sociales sont accomplies par

des établissements mais aussi par des services sociaux et médico-sociaux. L'article L.312-1 du même code dresse la liste de ces établissements et services.

Dans ce contexte, le 7° du I de l'article L.312-1 susvisé donne une base légale à la création de services assurant un accompagnement social et médico-social en milieu ouvert aux personnes adultes handicapées ou atteintes de maladies chroniques.

Un projet de décret du 28 janvier 2004 prendra en application ces nouvelles dispositions législatives, il est destiné à préciser les missions de ces services, dénommés « Service d'Accompagnement à la Vie Sociale » (annexe 9).

Les SAVS ont trouvé réellement leur légitimité lors de la réforme de l'action sociale et médico-sociale au travers de l'article 15 de la loi du 2 janvier 2002. De même, ce projet de décret « 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 » donnera toute latitude pour la reconnaissance de ce mode de prise en charge sociale. Ce décret prévoit deux types d'accompagnement pour personnes adultes handicapées, un SAVS, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale et un SAMSAH, Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées<sup>101</sup>.

De fait de l'obligation d'un travail conjoint entre les secteurs psychiatriques et le service d'Accompagnement je fais le choix de m'orienter sur une structure du type SAVS. Les soins restant réservés pour cette population aux équipes thérapeutiques de la psychiatrie. Cependant, les équipes du SAVS seront en relation étroite avec les équipes soignantes afin de signaler tout symptôme de l'utilisateur relevant des soins. Dans cette dynamique inter-professionnelle la prise en charge de l'utilisateur sera ainsi globale. Pour cela des

---

<sup>101</sup> Interview de Jean-François BAUDURET, Conseiller technique à la DGAS le 08 juillet 2004. [Consulté le 16 août 2004] « *Un autre projet de décret, celui-ci dédié à l'accompagnement des seules personnes handicapées adultes, va également être prochainement publié. Il fonde deux nouvelles catégories de services intervenant tant à domicile qu'en milieu ouvert (soit donc en tous lieux ordinaires de vie, qu'ils soient culturels, sportifs, universitaires ou professionnels). Ce texte définit donc des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) correspondant à des équipes mobiles socio-éducatives réalisant des accompagnements non médicalisés adaptés à la configuration des déficiences et incapacités des adultes handicapés en bénéficiant. Ces services, au nombre de 400, relèvent de la pleine compétence des Conseils généraux mais ne bénéficiaient d'aucune définition réglementaire. Ce même texte définit, par ailleurs, des Services d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées (SAMSAH), soit donc des « SAVS médicalisés », c'est-à-dire des équipes pluridisciplinaires à la fois médicales, paramédicales et socio-éducatives, réalisant des accompagnements dans la cité en incluant des soins ambulatoires. Ces services à double tarification, véritables alternatives hors les murs aux foyers d'accueil médicalisés, comportent un forfait de soins à la charge de l'assurance maladie et relèvent donc de la compétence conjointe des Conseils généraux et des préfets* ». <<http://www.fehap.fr/communication/pss/174-6.asp>>

conventions seront établies entre ce SAVS et les établissements de soins afin de contractualiser les engagements de chacun en fonction de leurs compétences. Le SAVS peut donc se situer comme le coordonnateur des diverses actions à développer en faveur de la personne accueillie. Dans ces diverses démarches, l'utilisateur doit rester en situation de pouvoir décider des différentes solutions qui s'offrent à lui. Le volet des soins est ainsi assuré par les équipes de secteur psychiatrique et le volet de l'accompagnement social est assuré par l'équipe du SAVS, en lien avec les partenaires concernés. Le volet professionnel est assuré par les partenaires de travail protégé et le retour en milieu ordinaire de travail par les CAP-EMPLOI et l'association IDEE. Le volet de l'hébergement est assuré quant à lui par la SVER.

La continuité des soins doit figurer dans le projet d'établissement du SAVS, comme élément incontournable de toute prise en charge. En effet, il est utile de renforcer cette position pour gagner en crédibilité auprès des soignants. Cette condition permettra de les associer au travail de mise en cohérence du parcours de réinsertion sociale des usagers.

C'est ainsi que l'ensemble de ces acteurs fera partie intégrante du processus de stabilisation et de réhabilitation de la personne handicapée psychique dans le milieu ordinaire de vie, de travail protégé ou de travail en milieu ordinaire.

### **3.3.1 Les caractéristiques du futur SAVS.**

Les bureaux du SAVS seront situés dans la ville de Valence, proche du lieu de vie des usagers et dans un lieu différent de celui du CAT et de l'AP. Ce choix permettra de donner plus de visibilité à l'utilisateur entre le lieu réservé à l'accompagnement social et le lieu de travail. Une location en rez-de-chaussée d'un appartement devrait permettre un repérage facile du lieu. Il devra posséder au minimum quatre bureaux et une salle de réunion. Un des bureaux sera affecté au poste de secrétariat, un second bureau affecté au psychologue sera également réservé aux entretiens individuels avec les usagers. Les deux derniers bureaux seront affectés à l'équipe éducative. Leur mission étant d'être présent auprès des usagers et sur leurs lieux de vie, le choix d'un bureau par personne éducative n'a pas été retenu.

Dans un premier temps, je compte limiter la zone d'intervention du SAVS à l'agglomération valentinoise et sa périphérie. Les moyens d'accès sur la totalité du territoire drômois demanderaient trop de temps de déplacement pour les éducateurs. Cependant des accompagnements des usagers pourront être réalisés en relais sur l'ensemble du département dans le cas d'une demande de rapprochement de l'utilisateur de

sa famille. Un passage de relais avec d'autres services d'accompagnement sera alors recherché.

Le schéma départemental a préconisé une création du SAVS de 40 places. Cet effectif permettra donc la création du service. Cependant les enquêtes réalisées en 2001 auprès des praticiens hospitaliers, des services de tutelle, de travail protégé et de logement, dénombraient environ 150 personnes connues, susceptibles d'être accompagnées socialement sur le seul secteur valentinois. A l'issue du schéma départemental de 2004, un observatoire devrait être mis en place pour recenser de manière plus précise cette population.

Ce service s'adresse plus particulièrement aux personnes adultes handicapées psychiques, c'est à dire ayant développé une maladie mentale invalidante comme la psychose. Cependant une forme associée de handicap de type déficience mentale ou physique sera acceptée. Ces usagers devront avoir un minimum d'autonomie ou être en mesure de progresser en ce qui concerne la préparation de repas, les achats de la vie courante, la prise du traitement médical et les déplacements. Elles devront de plus disposer des moyens financiers ou d'aides éventuelles, permettant de faire face aux frais d'installation et de vie en appartement privé, collectif ou individuel. Leurs admissions sont soumises à l'accord des services de la COTOREP et de l'Aide Sociale du Département. Préalablement à son admission, l'utilisateur devra être reconnu « personne handicapée » par la COTOREP.

Dès lors que l'on envisage de faciliter l'intégration des personnes handicapées psychiques en milieu ordinaire de vie, le SAVS se doit de répondre à des demandes d'origines diverses. C'est ainsi que ce service sera amené à recevoir des patients sortant d'une hospitalisation en psychiatrie plus ou moins longue, présentant un état stabilisé, avec ou sans traitement et qui manifestent la volonté de s'engager dans un processus d'intégration sociale. Ils peuvent bénéficier de l'assistance d'un service de tutelle. Le SAVS pourra également accueillir des personnes en situation sociale difficile, présentant une pathologie psychiatrique, ne sortant pas forcément d'une hospitalisation. Cette prise en charge sociale sera également offerte aux travailleurs de CAT ou d'Ateliers Protégés, qu'ils bénéficient d'un hébergement en foyer, d'un logement individuel ou collectif protégé ou d'un hébergement familial. Il sera apporté une écoute attentive aux demandes de soutien dans les phases de retour à l'autonomie, d'intégration en milieu professionnel ou social ordinaire. Ces périodes là sont souvent des causes de rupture et doivent bénéficier d'un accompagnement adapté.

### **3.3.2 Objectifs généraux de réhabilitation.**

L'accompagnement social doit correspondre aux concepts de prise en charge sociale développés dans la deuxième partie de ce mémoire. Ils doivent être un des fils conducteurs dans l'accompagnement social des personnes handicapées psychiques. C'est ainsi que la finalité recherchée de l'accompagnement doit être l'autonomie de l'utilisateur dans la cité, que ce soit au niveau des soins, au niveau de sa propre famille, au niveau de son logement, au niveau des démarches administratives et tutélaires, au niveau de son engagement professionnel et au niveau de ses loisirs. La démarche éducative dans cet accompagnement doit permettre à l'utilisateur ne pas être écrasé par le propre désir de l'éducateur. Ce dernier doit l'aider à exprimer sa propre parole tant dans la relation qu'il a avec lui et les autres intervenants sociaux que dans celle qu'il a avec toute autre personne de son environnement qu'il soit social, familial ou professionnel. L'équipe du SAVS doit intervenir auprès d'un utilisateur confronté aux nombreuses difficultés liées tant à son manque de capacité qu'à l'appréhension que suscite encore la relation à la personne handicapée. Ce futur SAVS d'une manière générale ne pourra prétendre faire réduire ou à faire disparaître les signes apparents de ce qui constitue la différence. Mais il s'appliquera à faire admettre autant à l'utilisateur qu'à son environnement qu'elle ne constitue pas d'obstacle à son intégration dans la vie sociale.

Dès lors, je m'engage en tant que directeur à faire adhérer l'ensemble de l'équipe du SAVS autour de ces valeurs fondamentales qui devront être un socle incontournable de cet accompagnement social.

### **3.3.3 Les modalités d'admission de l'utilisateur.**

La prise en charge d'un utilisateur au SAVS ne pourra être prononcée qu'après un avis favorable des services de la COTOREP. Cependant des utilisateurs pourront bénéficier d'un premier contact avec le service afin de valider la faisabilité du projet social. Ce premier contact peut provenir de plusieurs origines, soit de l'utilisateur lui-même, soit de sa famille ou de ses proches, soit de l'utilisateur appuyé par une équipe médicale ou une équipe sociale. De manière à formaliser cette première rencontre, la demande de prise en charge devra être transmise par écrit par l'utilisateur lui-même ou par un tiers. Elle devra si possible comporter un avis médical attestant de l'adhésion du médecin ou de l'équipe de soins au projet d'autonomie du patient.

Quelles que soient les facilités accordées pour ces démarches d'admission, un premier entretien individuel avec un membre de l'équipe du SAVS est indispensable, en présence ou non de sa famille, du représentant (tutelle) ou d'un référent de soin ou social. Il lui sera

demandé un avis de l'institution, du médecin ou du référent dont il dépend. Lors de cette première rencontre, le candidat doit formuler son projet, faire connaître sa capacité à se représenter les conséquences du changement de situation auquel il aspire. Il est également important de lui faire exprimer de façon la plus claire possible, ses motivations et ses attentes, et de faire le point sur ses capacités propres à assurer un minimum d'actes de la vie quotidienne. Cette première rencontre est très importante car son contenu va constituer les fondements de la démarche d'insertion. Le contenu de ce premier entretien fait l'objet d'une réflexion menée par l'équipe du SAVS qui va émettre un premier avis qui sera transmis au service de soins dont dépend l'intéressé. Dans le cas d'une demande faite par un établissement ou un service social, l'utilisateur devra dans tous les cas être informé et impliqué dans ce projet. Suite à la convention qui sera contractualisée avec l'hôpital spécialisé « Le Valmont » (annexe 5), un travail de repérage sera établi au préalable, avec les équipes de soins des secteurs psychiatriques et les éducateurs du SAVS. Cette organisation permettra de garantir une continuité dans la prise en charge du sanitaire au social en évitant les périodes de rupture.

Dans les cas d'une irrecevabilité, l'utilisateur comme l'établissement sont informés du refus motivé. Sinon, dans le cas d'une recevabilité, le SAVS fait savoir à l'utilisateur et à l'établissement qu'il est favorable à l'élaboration d'un projet d'insertion en milieu ordinaire de vie. Dans le cas d'un suivi psychiatrique en dehors du CHS « Le Valmont », l'équipe du SAVS sollicite une première rencontre avec les équipes de soins ou demande de prendre contact avec un référent de soins. A ce stade du processus, il s'agit de réunir le maximum d'éléments permettant d'évaluer les capacités de l'utilisateur, de définir et de sérier les points pour lesquels une préparation complémentaire est à entreprendre par l'équipe de soins à fin d'élaborer un programme et un échéancier. Suite à cette prise de contact, il est proposé à l'intéressé un nouvel entretien.

Dans la mesure où les conditions sont réunies pour entreprendre un accompagnement social, une demande d'orientation motivée doit être adressée aux services de la COTOREP. Cette demande peut être appuyée par le médecin et l'assistante sociale d'une unité de soins psychiatriques ou par des équipes de services sociaux du département.

L'admission au SAVS est concrétisée par la signature d'un contrat (document individuel de prise en charge) passé entre l'utilisateur et le SAVS. Ce contrat devient effectif à partir du moment où l'utilisateur concerné s'inscrit dans une démarche d'accompagnement social. Il devra accepter les règles définies par le règlement de fonctionnement du SAVS. Le contrat renvoie également au projet d'établissement. Il précise la relation d'accompagnement dont le contenu et la fréquence sont définis par les domaines dans



lesquels la personne souhaite bénéficier d'une aide. Il précise la fréquence des interventions et les lieux de rencontre. Il indique les moyens mis en œuvre pour réaliser l'accompagnement. Il précise également la durée du contrat, la durée de la période d'essais et les modalités de révision du contrat. Ces modifications de contrat éventuelles pourront être demandées par l'utilisateur ou proposées par l'équipe du SAVS. Elles font l'objet d'un entretien individuel spécifique au cours duquel sera redéfini le processus d'accompagnement.

La relation d'accompagnement peut prendre fin sur l'initiative de l'utilisateur avec un préavis d'un mois. Cette fin de contrat peut être l'aboutissement d'un projet arrivé à son terme. Cela est peut être aussi le désir de l'utilisateur d'interrompre la relation engagée. Dans ce cas le SAVS propose un entretien individuel au cours duquel sont indiquées à la personne des indications sur d'éventuels relais. Le contrat peut également prendre fin par décision du SAVS suite à un manquement de la personne aux règles du contrat ou lorsqu'il est admis que celle-ci relève d'une autre prise en charge. Dans ce cas une aide est apportée pour sa réorientation avec une information faite à la COTOREP.

L'utilisateur peut éventuellement être soumis à une mesure juridique de protection du type tutelle ou curatelle. Dans ce cas le représentant légal est l'interlocuteur privilégié du SAVS. L'équipe éducative pourra éventuellement demander des modifications dans la prescription de la mesure de protection, si cela s'inscrit dans une démarche logique d'autonomie.

#### **3.3.4 Le parcours d'accompagnement social de l'utilisateur.**

A son admission l'utilisateur reçoit un livret d'accueil et une relation contractuelle adaptée aux besoins exprimés et évalués s'engage au moment de la phase préparatoire de l'admission. Dès le début de cette période s'amorce le processus d'évaluation des capacités et les réajustements à envisager. Le projet personnalisé de l'utilisateur pris en charge est prépondérant. La recherche d'une cohérence dans son parcours d'insertion est prioritaire. C'est pourquoi l'équipe du S.A.V.S. se doit d'être en contact avec l'ensemble des partenaires qui sont en relation de soins ou sociale avec l'utilisateur. Elle devra également participer à des instances de regroupement du collectif handicap psychique pour veiller au respect de cette cohérence.

La mise en condition de réalisation d'une telle démarche exige du réalisme et de l'objectivité. Le SAVS sera un facilitateur de l'expression de la personne en situation de handicap, il établira ou rétablira le contact entre la personne et son environnement.

Comme je l'ai déjà signifié dans les chapitres précédents, la demande d'intégration sociale doit être clairement exprimée, la volonté de l'utilisateur est fondamentale pour la mise en œuvre et la réussite du projet. J'ai également longuement pris en compte les problèmes comportementaux liés à la maladie mentale. Je dois donc envisager les conduites à tenir en période de crises, savoir prévenir ce type de difficultés. Le service sera en lien permanent avec les équipes de soins psychiatriques, des conventions peuvent être prévues pour fixer les engagements réciproques. En cas de besoin une hospitalisation, libre ou sous contrainte, peut être envisagée, prioritairement dans le secteur d'origine.

Dans le cadre du projet personnalisé, la personne en situation de handicap peut exprimer le désir d'entrer dans un processus d'évolution de sa situation professionnelle. Le SAVS, à l'écoute de la personne, lui apportera son soutien dans ses diverses démarches. Cependant je reste très attaché à ce retour de l'utilisateur dans le monde du travail. Celui-ci est facteur d'indépendance et d'intégration sociale. Il donne à la personne un statut social et la notion d'appartenance à un groupe social. Le fait de percevoir une rémunération, donne également à la personne handicapée la faculté de participer à l'économie du pays et affirme son utilité sociale. Les équipes du SAVS ont un rôle éminent à assumer, dans le processus d'insertion professionnelle des personnes handicapées. Comme pour l'intégration sociale, l'accompagnateur ne se substitue pas à la personne, mais il lui donne les moyens d'exprimer des besoins, de revendiquer sa place dans la société. Le rapprochement des éducateurs avec les conseillers d'insertion du CAT et de l'AP de l'association permettra de situer le moment opportun où une demande d'orientation en milieu de travail protégé pourra être demandée. Le retour en milieu ordinaire de travail pourra être directement proposé aux usagers qui en ont les capacités.

### **3.3.5 Les niveaux d'intervention du SAVS.**

La mise en place du collectif handicap psychique devient un réel atout pour les équipes du SAVS. En effet le fait de regrouper l'ensemble des différents acteurs intervenant auprès de ce public, permettra à ces équipes d'avoir une connaissance approfondie de chaque institution. De même une connaissance nominative de ces équipes pluridisciplinaires facilitera toute démarche du SAVS pour la recherche de solutions adaptées.

Le premier niveau d'intervention du SAVS. est de toute évidence, l'utilisateur lui-même. Comme je l'ai formulé, l'accompagnement fait l'objet d'un accord négocié entre la personne et le service d'origine. Les critères d'autonomie précisés lors de l'admission, induisent le contenu des interventions qui vont du simple conseil à l'action éducative, de l'écoute à l'entretien de soutien, à la réassurance. De même, il est important que l'utilisateur

précise quels sont ses rapports avec sa famille, s'il souhaite ou non l'associer ou l'informer de son projet. Si les contacts avec l'environnement familial sont conservés le service veillera à maintenir ce lien, voire à faire participer la famille au projet.

Le second niveau d'intervention consiste à maintenir un niveau élevé de qualité de relations avec les divers services sanitaires, sociaux et médicaux sociaux. Il est important de faire connaître les missions du SAVS. La qualité de ces relations dépendra bien souvent de la réussite du projet et du bon niveau de la prise en charge. Ces relations seront relayées par le dispositif du collectif handicap psychique.

Le troisième niveau d'intervention est celui des services administratifs. L'équipe du SAVS devra se garder de faire les démarches administratives à la place des usagers, même si cela permet un gain de temps ou si cela paraît plus facile. Dans tous les cas, il conviendra de s'assurer que le problème à régler est bien compris par l'utilisateur et que celui-ci a bien identifié l'organisme concerné et les démarches à entreprendre. Il faudra également superviser que l'accompagnateur ne relègue pas l'utilisateur à un rôle de spectateur.

Le quatrième niveau d'intervention est celui de l'hébergement. Je ne pourrai pas accepter de projet d'admission d'utilisateur venant de foyer, si en amont aucun travail préparatoire à la sortie n'a été effectué. Le SAVS pourra apporter son aide pour rechercher avec ces partenaires des solutions d'hébergement plus adaptées. L'association la SVER sera un partenaire incontournable dans cette recherche. Cependant la solution palliative du retour de l'utilisateur dans sa famille pourra également être recherchée.

Le dernier niveau d'intervention sera celui du milieu professionnel. Un travail de collaboration avec les équipes du CAT et de l'AP de l'association messidor, des structures de travail protégé du département et de CAP-EMPLOI sera mis en place. Celle-ci permettra de venir en aide aux utilisateurs du SAVS pour favoriser leur évolution professionnelle en milieu de travail protégé, de leur faire bénéficier d'une formation professionnelle ou d'une insertion en milieu ordinaire. L'atelier d'entraînement au travail de notre association pourra également être utilisé pour tester en grandeur réelle les aptitudes professionnelles des utilisateurs.

### **3.4 Définition des moyens humains et de managements.**

Le taux d'encadrement que j'ai retenu pour l'élaboration du dossier de demande d'autorisation est de 0,15. Ce qui est un peu supérieur au taux moyen du département pour le SAVS mais il est adapté quant à la nature même du handicap pris en charge.

### **3.4.1 Les moyens humains du SAVS.**

L'annexe 6 indique la composition de l'équipe. Elle comprendra 6 ETP. J'ai déterminé ce taux d'encadrement car il est cohérent par rapport à cette prise en charge sociale. Le suivi par éducateur sera de 10 usagers en moyenne, conformément à la fiche action établie lors du schéma départemental (fiche action réalisée par des membres du collectif handicap psychique).

Les missions de chaque membre d'encadrement du SAVS sont synthétisées comme suit :

Le Directeur prend les directives du Président de l'association, il est responsable du SAVS et de son personnel. En plus de sa fonction de Direction d'un établissement social, il est responsable de la commission d'admission des usagers et des réunions de synthèse.

La secrétaire-comptable est sous la responsabilité directe du Directeur. Elle assure les missions d'accueil téléphonique et d'accueil des visiteurs. Elle assure le suivi des dossiers administratifs, elle rédige les états préparatoires des payes et regroupe les pièces comptables afin de les remettre au comptable du CAT. Elle suit les dossiers administratifs des usagers et elle organise les permanences téléphoniques.

L'éducateur spécialisé est sous la responsabilité directe du Directeur, il assure la mission d'accompagnateur et il a la responsabilité de l'équipe éducative. De ce fait il a la mission de planifier le travail de son équipe. Il doit veiller au respect du projet d'établissement et de la supervision de l'accompagnement des usagers par les éducateurs. C'est une personne diplômée qui doit avoir une pratique des personnes handicapées psychiques et de l'animation d'une équipe.

Les éducateurs sont par délégation sous la responsabilité de l'éducateur spécialisé. Ils sont le référent de plusieurs usagers en situation de handicap psychique et interviennent selon les termes de l'accord passé avec l'utilisateur définis dans le contrat individuel de prise en charge. Ils doivent inscrire le projet de l'accompagnement de l'utilisateur dans une démarche d'auto évaluation. Chaque éducateur se verra confier un travail de recherche et d'information dans divers domaines : les activités de loisirs et de vacances, les formations professionnelles, l'insertion professionnelle et le logement. La répartition de leurs temps de travail devra être adaptée à la nature de l'accompagnement. Ceci nécessite une grande adaptation des horaires de travail.

Le conseiller en économie sociale et familiale est également par délégation sous la responsabilité de l'éducateur spécialisé. Il développe de façon individuelle ou par petits

groupes des actions basées sur l'hygiène corporelle, la tenue vestimentaire, l'alimentation, la maîtrise d'un budget, l'aménagement et l'entretien de son logement.

Le psychologue est sous la responsabilité directe du Directeur. Il intervient dans le soutien psychologique lorsque les situations le nécessitent. Ses interventions se font à la demande ou de façon plus informelle. Il apporte à l'équipe sa spécificité et sa capacité à contribuer à l'analyse des situations individuelles ou de couple. Sa spécificité et son rôle se doivent d'être repérés et reconnus dans les diverses phases d'intervention auprès des usagers, de leur admission à leur sortie du dispositif. Il anime les réunions d'analyse de la pratique.

### **3.4.2 Les outils de management.**

Une large part à l'autonomie sera laissée au personnel éducatif. Du fait de la nature même de la mission des équipes intervenantes auprès de l'utilisateur, le personnel du SAVS devra avoir la possibilité de prendre des décisions qui auront des répercussions sur le parcours social de l'utilisateur. Cette délégation permet de maintenir une forte motivation des équipes dans la mission qui leur est confiée. Cependant l'autonomie d'un salarié n'est pas l'indépendance dans son travail. Le rôle de l'éducateur spécialisé et de la direction sera de veiller à ce que chacun reste dans le cadre de la mission qui lui est confiée. De même les réunions de synthèses dont la responsabilité m'incombe, seront des instances régulatrices de cette mission sociale. Elles devront permettre les débats et les échanges avec l'ensemble du personnel.

La formation représente également un outil de management. Elle permet de répondre à plusieurs objectifs : elle permet la qualification et la professionnalisation des équipes. Elle met en relation des professionnels d'un établissement avec d'autres professionnels. Elle assure également la cohésion des encadrants pendant les formations collectives et enfin elle maintient une forte motivation du salarié en l'aidant à acquérir des connaissances supplémentaires. Je laisserai donc une large part à cette forme de management. De même, le collectif handicap psychique pourra mettre en relation les professionnels entre eux pour qu'ils puissent échanger sur leurs pratiques.

### **3.4.3 Les modes opératoires de fonctionnement du service.**

Ce SAVS fonctionnera toute l'année pour répondre à la demande des usagers. En effet pour un grand nombre d'entre eux la solitude est facteur de rechute. Les week-ends, les périodes de congés et jours fériés sont des facteurs aggravants. C'est ainsi que j'oriente la prise en charge des usagers sur une grande amplitude horaire. La prise en charge sera en journée pour les usagers n'exerçant pas d'activité professionnelle. En dehors des

heures de travail pour les autres usagers, cette prise en charge sera de 17 heures 30 à 21 heures en semaine et le samedi de 9 heures à 17 heures. Des permanences téléphoniques seront assurées par les éducateurs les nuits, les dimanches et les jours fériés pour l'ensemble des usagers. Cependant, afin de limiter le nombre d'interventions « d'urgence », des solutions occupationnelles devront être recherchées au préalable par les éducateurs.

La majeure partie du temps de travail des éducateurs sera consacrée à l'accompagnement des usagers. Ils devront maîtriser l'organisation de leur temps, de leur rendez-vous dans le respect des engagements contractuels pris vis à vis de l'utilisateur en situation d'accompagnement. L'éducateur doit faire face à des situations quelquefois difficiles, qui demandent souvent une grande disponibilité et peuvent s'enchaîner les unes aux autres. C'est ainsi que je suis très partie prenante des temps réservés aux réunions. Ils réduisent l'isolement et atténuent les effets pour l'éducateur qui a eu à les subir.

Une des premières instances de regroupement que je souhaite mettre à la disposition de l'équipe est l'analyse de la pratique. Cette réunion permet de parler des relations vécues, des situations difficiles. Elle permet de repérer ce qui se joue dans la relation et d'élaborer éventuellement, avec l'accompagnateur, d'autres formes de réponses et de conduites à tenir. L'analyse de la pratique, conçue dans un climat de confiance réciproque, est indispensable dans ce type de structure. Elle sera conduite par le psychologue du service à la fréquence de 2 heures toutes les deux semaines.

La seconde instance de regroupement sera la réunion hebdomadaire de synthèse. Je conserverai l'animation de cette réunion car elle est d'une importance primordiale pour la cohérence du travail en l'équipe au sein du SAVS. En effet, de part la nature même du travail de l'accompagnement social qui se situe en dehors des murs du SAVS, cette réunion revêt un caractère stratégique dans le management de l'équipe pour redonner de la cohésion dans le fonctionnement du service. Les thèmes abordés lors de cette réunion seront la synthèse de la prise en charge globale des usagers, la coordination de l'accompagnement, l'évaluation de l'accompagnement. Cette réunion constituera également un lieu d'échanges sur l'amélioration de notre pratique. L'ensemble du personnel du SAVS sera présent à ces réunions.

La dernière réunion formalisée sera un comité de gestion. Cette réunion sera pilotée par l'éducateur spécialisé et permettra d'aborder les aspects organisationnels à long terme du service, la circulation des informations et le rappel des principes associatifs. Elle permettra également d'aborder la synthèse de l'évaluation, le bilan de l'action menée et les projets du service pour l'année à venir.

Pour conclure cette rubrique des réunions, il me semble plus pertinent de positionner les temps d'entretien avec les usagers selon une méthodologie particulière. En effet il est essentiel de ne pas stigmatiser l'usager lors des réunions de synthèse où l'ensemble du personnel est présent. Il me semble préférable d'organiser des entretiens uniquement avec la présence de l'usager, de l'éducateur et du psychologue. C'est dans ce lieu à huis clos qu'un temps de concertation sera proposé aux usagers, lieu propice à la communication, à l'écoute. Il permet d'éviter les relations duelles avec son accompagnateur habituel. Il permet de s'exprimer sur l'évolution du projet d'accompagnement, des difficultés rencontrées, du réajustement éventuel du contrat. Ces entretiens individuels seront programmés lors des passages d'étapes dans le parcours d'autonomie.

#### **3.4.4 Les moyens financiers.**

La dotation globale de fonctionnement du SAVS est de 247 000 euros (Annexe 7). Ce qui correspond à un prix de journée de 18,72 Euro pour une ouverture de 330 jours. Ce nombre de journées d'ouverture a été demandé par le Conseil général lors de la rédaction de la fiche action du schéma départemental. Or il semble plus cohérent de s'engager sur un financement sur la forme d'une dotation globale car cela laisse plus de souplesse pour gérer le flux des usagers. Ce service devra toujours avoir un effectif égal ou supérieur à 40 places en moyenne pondéré sur l'année.

Le CHS « Le Valmont » prévoit de nous allouer une subvention de 46 000 euros pour se garantir un potentiel constant de 15 places qui seront réservés aux patients de cet hôpital dans le SAVS. Cette subvention sera renégociée chaque année après évaluation et fera l'objet de la signature d'une convention spécifique (Annexe 5). De même un reliquat de subvention de l'ARH via le CHS «Le Valmont » sera attribué au SAVS en vue de la constitution d'une réserve de trésorerie afin de faire face au besoin en fond de roulement lors de la phase de démarrage.

Le Conseil Général de la Drôme devra financer le solde de la demande de subvention, soit une dotation de 201 000 euros. Ce budget est déjà réservé au SAVS au titre de l'exercice 2005.

En annexe 7, j'ai détaillé différents postes financiers, tels que celui de la charge en frais de personnel, celui des investissements prévus à l'ouverture du SAVS et celui du budget prévisionnel. Ces estimations financières ont été établies, d'une part en considération du recul de plusieurs années de pratique de la direction d'établissements dans le travail

protégé et d'autre part avec la mise en corollaire d'un établissement du type SAVS spécifique handicap psychique sur la ville de Lyon (Le GRIM).

### **3.4.5 L'évaluation.**

A plusieurs reprises j'ai mis en avant la nécessité de pratiquer une auto-évaluation du SAVS. Pour ma part je la pense indispensable pour ce type de service en mode ouvert car elle donne de la transparence à cette action sociale. Mais cette évaluation ne doit pas se limiter uniquement à celle des usagers, elle doit couvrir l'ensemble du service selon les objectifs recherchés. Elle pourra se décliner selon 4 axes.

Le premier axe consistera à évaluer le projet du S.A.V.S. Comme dans tout projet, les objectifs qui ont été fixés à sa création font l'objet de dérives et de distorsions. Les enjeux de cette évaluation doivent permettre de les évaluer et de les analyser. Les indicateurs seront basés sur les objectifs fixés par le projet d'établissement initial. Les écarts devront être commentés et devront faire l'objet d'une révision du projet d'établissement.

Le second axe consiste à évaluer les salariés au travers d'entretiens annuels d'appréciation. L'évaluation du personnel est un des moyens de garantir la qualité de la prise en charge sociale des usagers. Les objectifs de cette évaluation d'appréciation sont d'analyser les points forts et les points faibles de la performance, d'exprimer réciproquement les attentes, d'évaluer les résultats de l'action sociale, de clarifier la mission et les engagements. Les indicateurs seront basés sur la mise en place d'une grille d'entretiens annuels qui sera utilisée d'année en année pour analyser les écarts.

Le troisième axe consiste à évaluer le fonctionnement du SAVS. Il s'agit de mettre en œuvre un tableau de bord de direction permettant d'évaluer chaque année les évolutions quantitatives du SAVS. Cet outil doit être un guide pour appréhender les dérives ou les progrès dans la démarche sociale. Les objectifs recherchés en seront : la pertinence de l'action sociale à un niveau territorial, la motivation et la professionnalisation du personnel, le coût financier du service. Les indicateurs seront axés sur le nombre d'usagers suivis, l'évolution du coût à la place, les heures de formation du personnel, l'absentéisme, la participation des salariés à des groupes de réflexion transversaux, etc.

Le dernier axe consiste à évaluer le travail social. Il s'agit d'affecter des tableaux d'évaluation nominatifs à chacun des usagers. Ces outils devront être construits par le groupe des accompagnants sous la responsabilité de l'éducateur spécialisé. Il sera primordial de rechercher l'adhésion de l'ensemble de l'encadrement. En effet la culture de l'évaluation n'est pas encore réellement ancrée dans la pratique sociale. Elle est souvent perçue comme un moyen de contrôle plutôt que comme un moyen d'amélioration et de



transparence de l'action sociale. Les objectifs recherchés seront dans un premier temps de sortir du jugement subjectif d'une personne pour le remplacer par une évaluation commune à l'ensemble du service. Ils devront porter sur l'évaluation du gain d'autonomie de l'utilisateur, sur le nombre d'action de resocialisation, sur le nombre de visites à l'utilisateur, etc.

Je serai relativement vigilant à ce que cette dynamique d'évaluation fasse réellement partie de la culture du service. Elle doit être un élément du quotidien des équipes éducatives. Elle renseigne sur la qualité du travail engagé. Elle permet de donner de la visibilité à notre travail social auprès des financeurs. Elle permet également, en fonction des informations recueillies, de prendre conscience des difficultés, des contradictions et des imperfections dans notre travail social afin d'y apporter des actions correctives.

\*\*\*\*\*

Voici donc le travail de construction d'un dispositif social qui s'appuie sur deux notions fondamentales dans lesquelles mon implication, en tant que directeur, est réellement engagée :

La première consiste dans la mise en œuvre d'une dynamique départementale où les acteurs de différents champs professionnels se rencontrent pour échanger sur le parcours de réinsertion sociale d'une personne handicapée psychique. Il s'agit là de mettre réellement en pratique la notion de « *l'articulation du sanitaire et du social* »<sup>102</sup> comme le précise Marcel Jaeger dans son ouvrage.

La seconde impose d'améliorer et de compléter l'offre sociale. C'est à partir de la demande de l'utilisateur et de sa famille qu'elle doit être élaborée et non en essayant d'adapter sa structure à nos propres représentations institutionnelles. Dans ce cas précis, cette offre consiste à adapter l'outil social à l'accompagnement de l'utilisateur par la création d'un SAVS.

---

<sup>102</sup> JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social - Travail social et psychiatrie*. Paris : Dunod, 2000. 172 p.

## CONCLUSION.

La psychiatrie hospitalière est à ce jour en pleine évolution<sup>103</sup>. L'époque où les patients souffrant de psychose restaient internés de longues années dans les hôpitaux psychiatriques est révolue. Cependant ce concept de sortie accélérée des malades pour éviter la «chronisation» n'est pas encore partagé par l'ensemble de la psychiatrie. Certains services de soin émettent encore des craintes quant à la resocialisation des malades dans les différents établissements sociaux et médico-sociaux. Craintes liées au fait que certain patient échappe à la poursuite des soins psychiatriques à leur sortie de l'hôpital.

Il est évident que la prise en charge sociale des personnes handicapées psychiques doit s'articuler autour de services pluridisciplinaires afin d'identifier l'ensemble des déficiences de l'usager et d'en assurer leur prise en charge. Cet accompagnement social ne peut pas se faire que si l'ensemble des acteurs se fédère pour rendre cohérent le parcours d'insertion sociale de la personne handicapée psychique. Ce regroupement de professionnels ne doit évidemment pas écarter les services de psychiatrie, car la personne handicapée psychique doit constamment, de près ou de loin, rester en contact avec les équipes de soins pour éviter les périodes de rechutes.

C'est ainsi qu'il est très important à un niveau territorial de concevoir et de formaliser un collectif, constitué des différents acteurs oeuvrant autour de ce handicap. Ce nouveau projet m'engage dans ma fonction de direction à élargir mon champ de connaissances des pratiques afin que collaborent, au sein de ce collectif, plusieurs professionnels des métiers de la santé et du social. C'est l'objectif que je me suis fixé afin d'améliorer la prise en charge sociale et la réinsertion des personnes handicapées psychiques. « *Pourtant, les personnes fragilisées par la maladie, le handicap ou leur situation sociale sont fondées à attendre autre chose de l'avenir de la santé publique et de la protection sociale* ». <sup>104</sup>

---

<sup>103</sup> Groupe de travail relatif à « *l'évolution des métiers en santé mentale : Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé* » rapport présenté au comité consultatif de santé mentale du 11 avril 2002.

<sup>104</sup> JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social - Travail social et psychiatrie*. Paris : Dunod, 2000. 172 p. Chapitre, Conclusion, p. 166.

De même, le retour d'un patient psychotique dans la cité doit faire l'objet d'une prise en charge sociale et médico-sociale spécifique. Ce retour ne pourra être pertinent que s'il y a une recherche, de la part des acteurs sociaux, d'un accompagnement basé sur le maintien de l'utilisateur dans de son lieu de vie. Les objectifs de cet accompagnement devront également viser vers la recherche de l'autonomie des personnes handicapées psychiques. Cette autonomie accrue sera le garant du retour de l'utilisateur en vue d'une resocialisation durable.

Force de ces constats, il devient obligatoire de mettre à la disposition des personnes handicapées psychiques un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale adapté à cette population et sur un territoire défini. C'est également le projet dans lequel je me suis engagé afin de le mener à son terme. La construction d'un tel dispositif trouvera ainsi toute sa pertinence avec la création en amont d'un collectif spécifique au handicap psychique.

Cependant, des questions fondamentales restent sans réponse à ce jour. Le retour rapide des patients psychotiques en sortie de soins psychiatriques vers le lieu normal de vie, ne va-t-il pas nécessiter une médicalisation du secteur social ? La suppression de la forme originale de l'hôpital psychiatrique, qui était un lieu d'asile, ne doit-elle pas être prise en compte pour éviter de laisser les personnes tomber dans une solitude sociale ? Comment peut-on mettre ou rétablir au cœur de la cité, des lieux de vie sécurisants pour ce public, sans recréer une « chronosisation » et une stigmatisation des usagers ? La création de Clubs comme le préconise l'UNAFAM<sup>105</sup> est-elle réellement adaptée à la vie sociale contemporaine ?

Toutes ces questions feront l'objet des futures réunions du collectif drômois « handicap psychique » afin de trouver les solutions originales et expérimentales adaptées à ce public sur le territoire drômois.

---

<sup>105</sup> UNAFAM. *Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité*. Du 19 mai 2003. [consulté le 15 juillet 2004] <http://www.unafam.org/telechargements/plandurgence.pdf>.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

ARVEILLER J.P., BONNET C. *L'insertion du malade mental*. Toulouse : Érès, 1994. 172 p.

ARVEILLER J.P., BONNET C. *Au travail...* Toulouse : Érès, 1991. 222 p.

BARREYRE J.Y. PEINTRE C. *Évaluer les besoins des personnes en actions sociales*. Paris : Dunod, 2004. 146 p.

BLANC A. *Les handicapés au travail*. Paris : Dunod, 1995. 280 p.

BLANC A. STIKER H-J. *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*. Paris : Desclée de Brouwer, 1998. 461 p.

BOLTANSKI L., THÉVENOT L. *De la justification*. Paris : Gallimard, 1991. 483 p.

CASTETS B. *Qu'est que la psychiatrie*. Toulouse : Privat, 1993. 208 p. Pratiques Sociales.

CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. *La réadaptation sociale des psychotiques chroniques*. Paris : Puf, 1992. 126 p.

DEBARD M. *Itinéraire d'insertion - De la maladie mentale au travail ordinaire*. Lyon : Chronique sociale, 2001. 154 p.

GOFFMAN E. *Asiles*. Paris : Aux Editions de Minuit, 1968. 447 p.

GRANGER B. *La psychiatrie d'aujourd'hui - Du diagnostic au traitement*. Paris : Odile Jacob, 2003. 545 p.

Guide Néret. *Droits des personnes en situation de handicap*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2003. 290 p.

HAERINGER J., TRAVERSAZ F. *Conduire le changement dans les associations*. Paris : Dunod, 2002. 244 p.

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

JOLIVET B. *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*. Paris : Frison Roche, 1995. 157 p.

MÉDA D. *Le travail, une valeur en voie de disparition*. Paris : Aubier, 1995. 358 p.

MERCURE D., SPURK J. *Le travail dans l'histoire de la pensée occidentale*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2003. 297 p.

RENAULT E. *Mépris social Ethique et politique de la reconnaissance*. Passant, 2000. 148 p.

UNAFAM (collectif de). *Comment Vivre avec un malade psychique*. Paris : Josette Lyon, 2001. 223 p.

SANTE MENTALE EN FRANCE. *Le Livre Blanc des Partenaires de santé Mentale France*. Paris : EDS, 2001. 64 p.

VERRY V. *L'archipel asilaire*. Genève, Deux Continents, 1994. 173 p.

VERRY V., BAPTISTE R. *Travail et intégration*. Paris : Croix-Marine Édition, 1992. 92 p.

## **REVUES – PUBLICATIONS – ARTICLES DE PRESSE – RAPPORTS – THÈSES.**

Actes du colloque CTNERTHI, *Classification internationale des handicaps : du concept à l'application*, Evry, Edition PUF, 1988, 203 p.

BELLON H., Psychiatre, *Le psychiatre d'exercice public face au droit à l'information de l'utilisateur en santé mentale*. Thèse pour le Management médical : Ecole Supérieure de Commerce de Paris, 2001. 69 p.

CRDI. ATLAS, *Handicap et emploi, Atlas Rhône-Alpes 2002*. Valence : CRDI Rhône-Alpes, 2002. 243 p.

BOKOBZA H. *Entretien avec Hervé BOKOBZA, président du comité scientifique des Etats Généraux. Le Monde* du 16/16/03.

CHARZAT M. *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches. Rapport à Mme Ségolène Royal Ministre Déléguée de la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées, mars 2002, 138p.*

COTOREP Drôme : *Bilan d'activité 2003.*

COURTIAL B., FERNANDEZ G. *Valmont, état des lieux - Genèse et vie d'un centre hospitalier spécialisé après vingt ans d'existence. Valence : CRAM Rhône-Alpes, 1996. 195 p.*

CREAI Rhône-Alpes. *Etude de la population accueillie par le service d'aide à l'entrée de l'association messidor Lyon. Septembre 2001.*

CREAI Rhône-Alpes. *Diagnostic Schéma Départemental de la Drôme – Adultes handicapés. Rapport Final du 19 février 2004. 52 p.*

Fédérations d'Aide à la Santé Mentale des Croix–Marine. *Les Souffrances Psychiques – Lutter ensemble contre la perte d'espoir. Actes de la 52<sup>e</sup> journées nationales. 2003. Lyon.*

Groupe de travail relatif à « *l'évolution des métiers en santé mentale : Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé* » rapport présenté au comité consultatif de santé mentale du 11 avril 2002.

HARRIBEY J.M. *Alternatives économiques et sociales, pour entrer dans le XXI<sup>e</sup> siècle, Limonest : L'Interdisciplinaire, 2000, Chapitre 2, La valeur travail dans la société pp. 87-98.*

Association messidor. *Handicap psychique & réinsertion - L'expérience de messidor. Lyon, 2000.148 p.*

Association messidor. *Trajectoires. Lyon, 1995. 48 p.*

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. *Avant-projet de loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées. [consulté le 06.03.04] <[http://www.handicap.gouv.fr/point\\_doss\\_pr/egalite\\_droits/egalite1.htm](http://www.handicap.gouv.fr/point_doss_pr/egalite_droits/egalite1.htm)*

Dr PIEL E. et Dr ROELANDT J.L. *De la psychiatrie vers la Santé Mentale*. Rapport de mission. Juillet 2001. 92 p.

Dr ROELANDT J.L. *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport remis au ministre à la santé. 2002. 109 p.

Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées. *Projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

<[http://www.handicap.gouv.fr/point\\_presse/doss\\_pr/loi\\_egalite/sommaire.htm](http://www.handicap.gouv.fr/point_presse/doss_pr/loi_egalite/sommaire.htm)

UNAFAM. *Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité*. Du 19 mai 2003. [ consulté le 15 juillet 2004 ]  
<http://www.unafam.org/telechargements/plandurgence.pdf>.

VIDAL-NAQUET P., *Maladie mentale, handicap psychique et insertion professionnelle. Un état de la question dans le réseau Galaxie*. Lyon : Etude menée par le Cerpe, 2003. 19 p.

---

## Liste des annexes

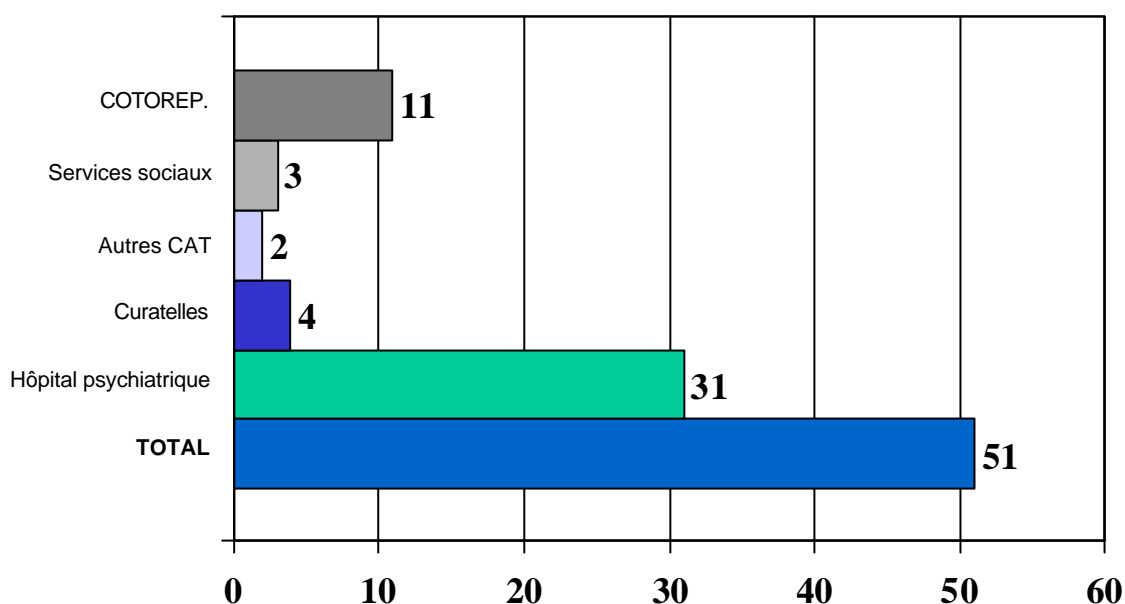
---

- 1- Origine des candidats demandant à intégrer l'établissement de l'association messidor Drôme.
- 2- Sortie des usagers de l'établissement messidor.
- 3- Caractéristiques de la population dans l'établissement de messidor Drôme.
- 4- Liste des partenaires du collectif handicap psychique.
- 5- Projet de Convention entre l'association messidor et le CHS « Le Valmont ».
- 6- Tableau des effectifs du personnel du SAVS.
- 7- Tableaux financiers.
- 8- Projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- 9- 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 1

### Origine des candidats demandant à intégrer l'établissement de messidor Drôme.



Ce graphique concerne les usagers orientés par des services sociaux pour intégrer le CAT ou l'AP de l'association messidor. Toutes ces personnes sont convoquées à un entretien individuel ou une réunion collective d'information. 39 candidats se présenteront à cette convocation.

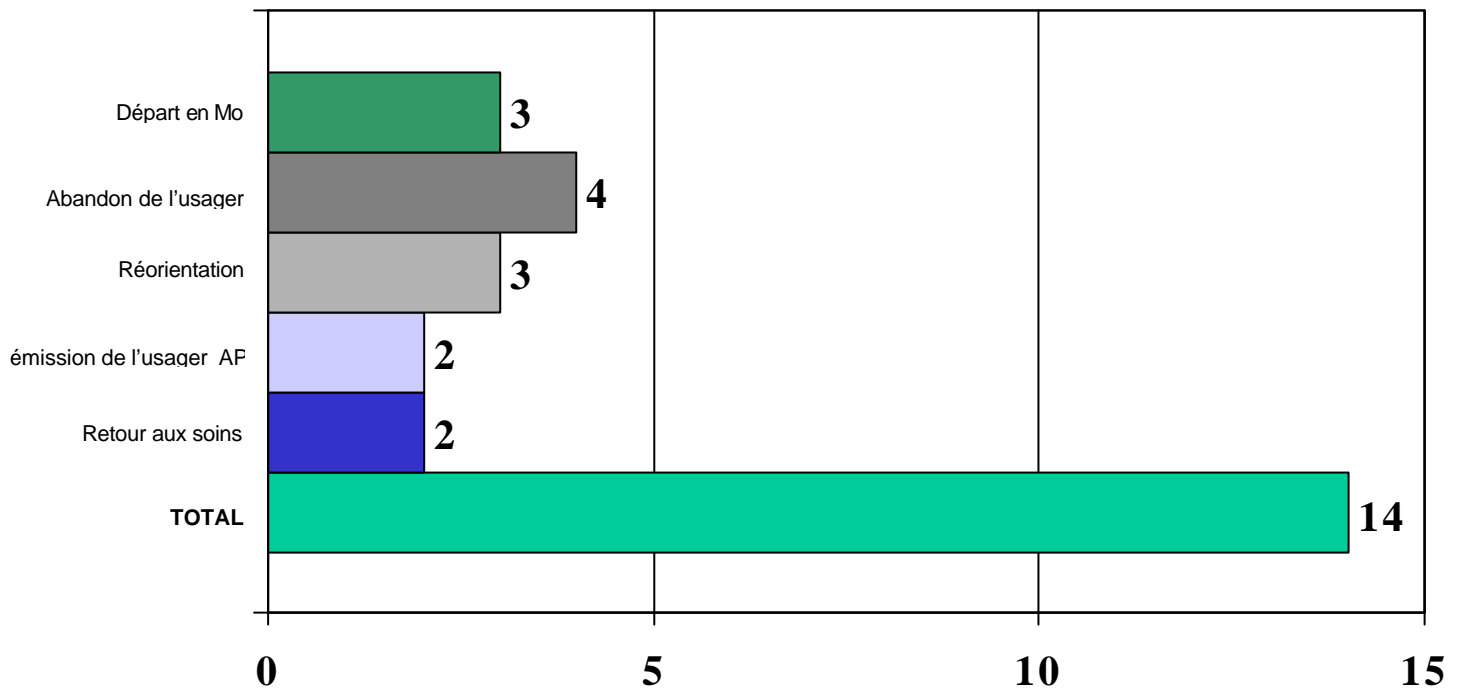
Pour un grand nombre d'entre eux (40 personnes), il n'y a pas encore eu d'orientation de la commission COTOREP. La majorité des usagers, provient des secteurs psychiatriques, à la demande des équipes soignantes. Pour 9 usagers, c'est une décision des équipes sociales d'orienter l'utilisateur dans l'établissement de l'association messidor.

Sur ces 51 usagers, seulement 8 personnes intégreront les unités de travail de l'association. Les abandons sont d'origine multiple : refus d'intégrer un CAT (connotation stigmatisante), retour aux soins, non adapté à la remise au travail (maladie), activités proposées pas en adéquation avec le désir de la personne.

Sur les 43 personnes qui n'ont pas intégré le dispositif de travail protégé, une majorité d'entre eux retenteront à plusieurs reprises une nouvelle demande d'entrée. Cette particularité est liée à la pathologie instable de ce public.

## Annexe 2

### Sortie des usagers de l'établissement messidor.



Sur 14 départs de l'établissement, seulement 3 usagers ont retrouvé un emploi en milieu ordinaire.

Dans les départs pour des raisons de retour aux soins ou à l'initiative de l'utilisateur, une demande de retour dans l'établissement est fréquente. C'est le même type de particularité que celle précitée en annexe 1.

Les réorientations sont à l'initiative de l'établissement en accord avec l'utilisateur. Quand la personne est trop éloignée du travail, la recherche d'un foyer occupationnel ou d'un lieu de vie est alors proposée à l'utilisateur.

**Annexe 3 - 1/2**

**Caractéristiques de la population dans l'établissement de messidor Drôme.**

*Sur un échantillonnage de population de 40 usagers.*

Répartition Homme/Femme : 14 femmes et 26 hommes.

**Age des usagers dans l'établissement messidor**

<b>Tranches d'âges</b>	<i>De 18 à 21 ans</i>	<i>De 22 à,30 ans</i>	<i>De 31 à 40 ans</i>	<i>De 41 à 45 ans</i>	<i>56 ans et plus</i>
<b>Population</b>	4	3	30	2	1

**Ancienneté : dans l'établissement messidor**

<b>Ancienneté</b>	<i>De 0 à 3 années</i>	<i>De 4 ans à 6 années</i>	<i>De 6 ans à 10 années</i>	<i>Plus de 10 années</i>
<b>Population</b>	20	14	4	2

**Moyen de transport :**

<b>Transport utilisé</b>	<i>Transport en commun ou famille</i>	<i>Bicyclette</i>	<i>Cyclomoteur</i>	<i>Automobile</i>
<b>Population</b>	14	5	9	12

**Moyen d'hébergement :**

<b>Hébergement</b>	<i>Parents</i>	<i>Foyer</i>	<i>Hôpital</i>	<i>Logement SVER</i>	<i>Logement personnel</i>
<b>Population</b>	15	0	2	9	14

**Annexe 3 – 2/2**

**Origine de la prise en charge avant messidor :**

<b>Origine prise en charge</b>	<i>Autre CAT ou AP</i>	<i>IME</i>	<i>Hôpital</i>	<i>Cap Emploi ANPE</i>	<i>Foyer ou lieu de vie</i>	<i>Famille</i>
<b>Population</b>	6	4	14	2	3	11

## Annexe 4 – 1/2

### Liste des partenaires du collectif handicap psychique

<b>Structures associatives</b>		
<i>Nom de la structure</i>	<i>Type de structure</i>	<i>Intérêts partagés.</i>
UNAFAM	Association de parents	Recherche d'une prise en charge cohérente de l'utilisateur entre le sanitaire et le social.
ADAPEI	Travail protégé – Foyer d'hébergement et SAVS.	Association spécifique à la prise en charge des personnes présentant un handicap mental. Certains des usagers ont également un handicap psychique. Une meilleure connaissance dans la prise en charge de handicap est recherchée.
APAJH	Travail Protégé et SAVS.	Idem ci-dessus
messor	Travail protégé et mise en place d'un SAVS.	Travail avec le réseau pour orienter les usagers sur des prises en charge complémentaires.
SVER	Appartement collectif ou individuel	Orienter les usagers sur des prises en charge sanitaires et sociales permettant le maintien et la sortie des appartements associatifs.
ATMP	Service de tutelle.	Connaissance du projet social et du retour aux soins des usagers. Approfondissement de la connaissance du handicap psychique pour les professionnels.
PARI	Service de tutelle.	Idem ci-dessus
UDAF	Service de tutelle.	Idem ci-dessus

<b>Etablissements de soins</b>		
<i>Nom de l'établissement</i>	<i>Type d'établissement</i>	<i>Intérêts partagés.</i>
CHS « Le Valmont »	Hôpital psychiatrique du département.	Recherche de structures sociales pour la sortie des patients des services de soins. Donner de la continuité dans la prise en charge.

## Annexe 4 – 2/2

CH St Vallier et Roman	Rattachement de deux secteurs psychiatrique au Centre Hospitalier	Recherche de structures sociales pour la sortie des patients des services de soins. Donner de la continuité dans la prise en charge.
Etablissement de « La Teppe »	Spécifique aux personnes épileptiques	Etablissement recevant des usagers de l'ensemble du territoire français. Des personnes handicapées psychiques sont également épileptiques. Des solutions de diversification dans la prise en charge sur le territoire drômois sont recherchées.
Psychiatrie libérale	Psychiatres ou cliniques privées	Recherche de structures sociales pour la sortie des patients des services de soins. Donner de la continuité dans la prise en charge.

### Services départementaux

<i>Nom du service</i>	<i>Type d'établissement</i>	<i>Intérêts partagés.</i>
COTOREP	Service d'orientation.	Meilleures connaissances des partenaires sociaux pour améliorer l'orientation des usagers (spécificité dans la prise en charge sociale, liste d'attente).
DIRECTH 26	PDITH de la Drôme	Connaissance des différentes structures intervenant dans la remise à l'emploi des personnes handicapées. Participe également sur le département au dispositif de maintien à l'emploi, une meilleure connaissance des personnes handicapées psychiques est un atout pour ce service.
ANPE	Dispositif de droit commun	Les agents sont souvent confrontés à accueillir des personnes handicapées psychiques. Une meilleure connaissance de ce handicap permettra d'améliorer les éventuelles orientations.
CAP EMPLOI	Placement des personnes handicapées en entreprises	Une meilleure connaissance des capacités de travail des personnes handicapées psychiques peut permettre un retour au travail.
SERVICES SOCIAUX	Services sociaux du département portés par le Conseil Général.	Formation des services sociaux à accueillir des personnes handicapées psychiques.

**Projet de Convention entre l'association messidor et le CHS « Le Valmont »**

Entre les soussignés :

Le **Centre Hospitalier Spécialisé** « Le Valmont » BP 16 - 26760 MONTELEGER, représenté par son Directeur, Monsieur xxxxxx, d'une part,

Et **L'Association messidor**, 89, rue Léon Gaumont - 26 000 VALENCE, représentée par son Directeur des établissements drômois, Monsieur yyyyyyy, d'autre part,

Il est convenu ce qui suit :

**Article 1 : Cadre général de la convention**

La présente convention est conclue dans le cadre d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) dont la mission est l'accompagnement social de personnes reconnues handicapées psychiques. Ce service sera développé par l'association messidor avec le partenariat du collectif handicap psychique drômois.

Le SAVS figure dans le projet médical du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) «Le Valmont » comme outil d'insertion des malades au long court.

La convention a pour objet de définir les modalités de coopération entre les deux parties.

**Article 2 : Modalités de collaboration**

Une collaboration étroite entre le personnel du SAVS de l'association messidor et les équipes de secteurs du CHS « Le Valmont » devra être assurée pour garantir la continuité de la prise en charge de l'utilisateur du secteur sanitaire au secteur social :

Avant la prise en charge sociale du SAVS, cette collaboration entre les deux établissements permettra de repérer les effectifs potentiels du SAVS et de définir en partenariat avec les équipes soignantes les modalités d'un suivi social adapté.

Pendant la prise en charge sociale, cette collaboration permettra de garantir à l'utilisateur un suivi global dans son parcours de réinsertion sociale. Ces usagers pris en charge dans le

cadre du SAVS bénéficieront en fonction des besoins médicaux d'un l'accès aux soins par les équipes soignantes du CHS « Le Valmont ».

L'équipe sociale du SAVS, donnera également toutes les informations nécessaires à l'équipe soignante du CHS « Le Valmont » relatives au positionnement, à l'évolution et aux problèmes rencontrés par les usagers lors de leurs prises en charge au SAVS.

Le travail en étroite collaboration pourra s'organiser avec le pôle de réinsertion du CHS dont les actions vont se préciser au fur et à mesure de sa mise en place.

### **Article 3 : Financements**

Au titre de la coopération le CHS «Le Valmont » s'engage la première année, à titre exceptionnel pour les opérations de démarrage et la constitution d'un fond de trésorerie, à allouer à l'association ODIAS une subvention de 20 000 Euros sur les crédits accordés en 2003 par l'ARH pour le SAVS. Cette somme sera versée au plus tard le 01 janvier 2005.

Également en complément des subventions apportées par les collectivités territoriales et l'État, le CHS « Le Valmont » participera financièrement au fonctionnement du SAVS par le versement annuel d'une subvention de 46 000 Euros (somme correspondant aux crédits annuels accordés par l'ARH au sanitaire pour le SAVS).

Cette somme pourra évoluer chaque année en fonction du taux d'évolution des crédits alloués par l'ARH au CHS « Le Valmont » pour le SAVS.

Elle est versée, pour une fraction de 50 %, au plus tard au 31 janvier de chaque exercice. La seconde fraction est versée au plus tard au 31 juillet de l'exercice en cours.

En contrepartie de ces subventions, l'association messidor s'engage :

- - à accompagner 15 patients ayant une prise en charge médicale par le CHS « Le Valmont » et bénéficiant d'une orientation COTOREP pour le SAVS.
- - à développer toutes actions contribuant à l'autonomie des personnes présentant un handicap psychique.



En complément des subventions sanitaires (ARH), le Conseil Général de la Drôme apporte des financements qui permettront de prendre en charge des usagers issus d'autres origines que celles du CHS « Le Valmont ».

#### **Article 4 : Évaluation des actions**

Une évaluation des actions d'accompagnement réalisée par le SAVS sera mise en place.

Une réunion trimestrielle composée de membres de l'équipe du SAVS et des responsables du pôle insertion du CHS «Le Valmont » sera organisée. Cette réunion permettra de faire un bilan à court terme des actions menées afin d'ajuster les actions conjointes de la prise en charge des usagers, entre les équipes soignantes du CHS « Le Valmont » et les équipes sociales du SAVS.

Une réunion annuelle sera programmée afin d'établir le bilan de l'année écoulée.

Un rapport d'activité écrit sera dressé annuellement par le SAVS de l'association messidor.

#### **Article 5 : validité de la convention**

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de sa date de signature. Elle est renouvelable par tacite reconduction.

Elle pourra être dénoncée par lettre recommandée avec accusé de réception en présentant un préavis de 3 mois avant le début de chaque période annuelle.

Valence, le 01 septembre 2004

Le Directeur du CHS « Le Valmont »

Le directeur des établissements drômois de l'association messidor

**Annexe 6**

**Tableau des effectifs du personnel du SAVS.**

<b>Fonction</b>	<b>ETP</b>	<b>Observation</b>
<b>Directeur</b>	<b>0,2</b>	<b>Décharge de ma fonction de 0,2 sur les établissements CAT et AP</b>
<b>Secrétaire – Comptable</b>	<b>0,8</b>	
<b>Psychologue</b>	<b>0,5</b>	
<b>Educateur Spécialisé</b>	<b>1</b>	<b>A la responsabilité du pôle éducatif</b>
<b>Educateurs</b>	<b>3</b>	
<b>Conseiller en économie sociale et familiale</b>	<b>0,5</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	

Annexe 7 – 1/3

**Tableau de calcul des appointements** *Nombre de mois*

Poste	Coefficient de base	Points indiciaires	Primes ou indem. en points	Total des points mensuels	ETP	Nre de mois	total de points annuels
Directeur	800	872	149,19	1 021,19	0,2	12	2 450,86
Secrétaire Adm	478	478	39,24	517,24	0,8	12	4 965,54
Psychologue	800	800	65,68	865,68	0,5	12	5 194,08
Educateur spécialisé	434	503	41,30	544,30	1	12	6 531,56
Educateur	434	434	35,63	469,63	3	12	16 906,73
Conseiller en écon.	434	434	35,63	469,63	0,5	12	2 817,79
<b>TOTAL</b>					<b>6</b>		<b>38 866,55</b>

**Tableau de calcul des appointements** *Valorisation en Euros Valeur moyenne du point*

Poste	Total de points annuels	valorisation en euros	Primes	Rémunération annuelle
Directeur	2 450,86	8553,48744	0,00	8 553,49
Secrétaire Adm	4 965,54	17329,7363	0,00	17 329,74
Psychologue	5 194,08	18127,3392	0,00	18 127,34
Educateur spécialisé	6 531,56	22795,129	0,00	22 795,13
Educateur	16 906,73	59004,4891	0,00	59 004,49
Conseiller en écon.	2 817,79	9834,08152	0,00	9 834,08
<b>TOTAL</b>	<b>38 866,55</b>	<b>135 644,26</b>	<b>0,00</b>	<b>135 644,26</b>

*Valeur moyenne du point:* 3,49

<b>Charges patronales sur appointement</b> (Estimées par rapport au CAT messidor)	53,15%	<b>72 094,93</b>
--	--------	------------------

**Annexe 7 – 2/3**

**Tableau de dotations aux amortissements** *Nombre de mois*

Poste	Nbre	Date acquisition	valeur d'acquisition	Taux d'amortissement (linéaire)	Dotation année n	Amortissement cumulé	Valeur nette comptable
Mobilier Bureaux Secrétariat	1	01/01/2005	1500,00	10,00%	150,00 €	150,00 €	1 350,00 €
Mobilier Bureaux Educateurs	2	01/01/2005	1500,00	10,00%	150,00 €	150,00 €	1 350,00 €
Aménagement des locaux	1	01/01/2005	4500,00	10,00%	450,00 €	450,00 €	4 050,00 €
Poste informatique Secrétariat	1	01/01/2005	2300,00	25,00%	575,00 €	575,00 €	1 725,00 €
Poste informatique Educateurs	4	01/01/2005	5030,00	25,00%	1 257,50 €	1 257,50 €	3 772,50 €
Mise en réseau	1	01/01/2005	1500,00	25,00%	375,00 €	375,00 €	1 125,00 €
Installation téléphonique	1	01/01/2005	1500,00	20,00%	300,00 €	300,00 €	1 200,00 €
Mobilier salle de réunion	1	01/01/2005	1800,00	10,00%	180,00 €	180,00 €	1 620,00 €
Télécopieur	1	01/01/2005	450,00	25,00%	112,50 €	112,50 €	337,50 €
Logiciel de gestion	1	01/01/2005	1000,00	25,00%	250,00 €	250,00 €	750,00 €
<b>TOTAL</b>			<b>21 080,00 €</b>		<b>3 800,00 €</b>	<b>3 800,00 €</b>	<b>17 280,00 €</b>

**Tableau des locations longues durées**

	Montant annuel
1 Photocopieur connecté	3 000,00 €
Local du type F4-F5	12 000,00 €
<b>Total</b>	<b>15 000,00 €</b>

## Budget Prévisionnel du S.A.V.S. 2005

<b>Groupe I: DEPENSES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE</b>		
	Fourniture de bureau	1 400,00
	Fourniture de petits matériels	500,00
	Documentation	180,00
	Frais d'affranchissement	500,00
	Téléphone fixe	2 500,00
	Téléphones portables	960,00
	Déplacements (IK)	6 600,00
	Electricité	750,00
	Chauffage	1 500,00
	Eau	305,00
	<b>Total Groupe 1</b>	<b>15 195,00</b>

<b>Groupe II: DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL</b>		
	Rémunération du personnel	135 644,26
	Charges patronales	72 094,93
	<b>Total Groupe II</b>	<b>207 739,19</b>

<b>Groupe III: DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE</b>		
	Location immobilière	12 000,00
	Location mobilière	3 000,00
	Entretien des bâtiments	1 000,00
	Prime d'assurances	1 900,00
	Information-relations publiques	1 500,00
	Charges financières	1 000,00
	Dotations aux amortissements	3 800,00
	<b>Total Groupe III</b>	<b>24 200,00</b>

	<b>Total Groupes I+II+III</b>	<b>247 134,19</b>
--	-------------------------------	-------------------

	Dotation Globale de Fonctionnement	247 134,19
	Nombre de places	40
	Nombre de journées d'ouverture	330
	Total de jours d'ouverture	13 200
	Prix de journée	<b>18,72 €</b>

Ministère de la Santé,  
de la Famille et des  
Personnes handicapées



Liberté - Égalité - Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Secrétariat d'Etat aux  
Personnes handicapées



*C'est un projet de loi qui renouvelle notre vision du handicap et la place des personnes handicapées dans notre société. Il tire toutes les conséquences du principe de non discrimination pour adapter le droit commun aux besoins spécifiques des personnes handicapées. Il tient compte de la diversité des handicaps.*

*C'est un projet de loi qui s'accompagne d'une réforme majeure avec la création d'une nouvelle branche de protection sociale.*

*Le 6 novembre dernier, le Premier ministre a consacré la reconnaissance du risque dépendance. La nouvelle caisse alimentée par le produit financier d'un jour de travail supplémentaire, permettra de prendre en charge à parts égales les besoins de compensation des personnes handicapées et la dépendance des personnes âgées. Ainsi, le droit à la compensation qui est au cœur de la loi sera assuré d'un financement pérenne.*

*C'est un projet de loi qui est le levier d'une ambitieuse politique entre les différents ministères. Pour le rendre effectif, il est complété par des programmes, des mesures immédiates et des décrets d'application dès cette année. D'ici 2007 près de 40 000 places en établissements sociaux et médico-sociaux et des services seront créés, afin de résorber les listes d'attente et de répondre aux demandes spécifiques de certaines personnes handicapées : autistes, traumatisés crâniens, polyhandicapés.*

Marie-Thérèse Boisseau  
Secrétaire d'Etat  
aux personnes handicapées

## PROJET DE LOI POUR L'EGALITE DES DROITS ET DES CHANCES, LA PARTICIPATION ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES HANDICAPEES

Lettre d'information – n° 1 – février 2004

DISCUSSION AU SENAT : 24, 25 ET 26 FEVRIER

### La compensation au cœur de la loi

Les personnes handicapées doivent chaque jour faire face à des dépenses particulières, parfois très lourdes. Prendre en charge ces dépenses, c'est leur assurer la possibilité de vivre dignement de manière autonome.

La compensation est un droit qui s'adresse aux personnes handicapées, pour leur apporter une réponse personnalisée et leur garantir un choix de vie.

#### □ A qui s'adresse-t-elle ?

La compensation est universelle, car le principe de son accès n'est conditionné par aucun critère de ressources. En revanche, il sera tenu compte des capacités financières du bénéficiaire pour calculer le montant de l'aide apportée par l'Etat.

Les enfants en bénéficient à travers les compléments d'AES. Les personnes handicapées de plus de 60 ans pourront choisir de la conserver après cet âge. Le recours à la solidarité familiale et la récupération sur succession ne seront pas exigés. La compensation peut être collective sous forme d'offres de services ou de places en établissements spécialisés.

#### □ Qui la décide ?

- Le besoin de compensation sera apprécié par une équipe pluridisciplinaire qui s'appuiera sur des référentiels spécifiques à chaque type de handicap, en valorisant toutes les aptitudes de la personne.

- Dans le cadre des maisons départementales des personnes handicapées, l'équipe pluridisciplinaire établira un plan personnalisé de compensation du handicap, en tenant compte des souhaits de la personne handicapée ou de sa famille.

#### La prestation de compensation : 1,4 milliards d'euros

La prestation de compensation est accordée de manière individuelle, sous forme d'aides :  
- aides humaines (forfaits d'auxiliaires de vie),  
- aides techniques (un fauteuil roulant électrique verticalisateur coûte jusqu'à 20000 euros),  
- aides à l'aménagement du logement,  
- aides spécifiques ( par ex. : les piles pour appareil auditif, les couches...).

L'Etat consacrera 850 millions d'euros supplémentaires par an pour financer cette prestation, auxquels il convient d'ajouter les 500 millions d'euros que les départements consacrent déjà à l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne). Pour qu'elle soit effective, une mise en place de la prestation individuelle se fera dans le cadre de l'application de la loi, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

#### Exemples de compensation

1) une personne lourdement handicapée avec un taux d'incapacité > 80%, qui vit seule chez elle a besoin d'une assistance permanente  
aujourd'hui : l'allocation versée ne permet pas d'avoir une auxiliaire de vie plus de la moitié du temps.  
demain : elle percevra une prestation spécifique pour couvrir ses besoins quotidiens en aide humaine.

2) une personne tétraplégique avec un taux d'incapacité > à 80 % qui vit chez elle a besoin d'un aménagement de son logement  
aujourd'hui : aucune allocation spécifique n'est prévue pour l'aménagement de son logement.  
demain : elle percevra une prestation « aménagement du logement » pour couvrir tout ou partie des travaux.

L'AAH : un revenu d'existence

Grâce à la prestation de compensation l'AAH pourra être entièrement utilisée comme un revenu d'existence. Les conditions de cumul avec un revenu d'activité seront plus favorables pour les personnes qui peuvent travailler.

Une fraction seulement des revenus professionnels sera prise en compte pour calculer le montant de l'AAH, ce qui favorisera les emplois à temps partiels souvent plus adaptés aux personnes handicapées.

Revenus nets : comparaison entre un bénéficiaire de l'AAH et du SMIC

situation	Personne handicapée bénéficiaire de l'AAH, avec un taux d'incapacité supérieur à 80 % et vivant seule (loyer de 350 euros en province)	Personne qui perçoit un salaire équivalent au SMIC et vivant seule (loyer de 350 euros en province)
ressources perçues	- Revenus mensuels nets = AAH (567,74 euros) - ALS (allocation logement) = 234,09 euros Total mensuel = 821,83 euros Total annuel = 9 861,96 euros	- Revenus mensuels nets = 859,32 euros - ALS (allocation logement) = 59,43 euros Total mensuel = 918,75 euros Total annuel = 11 025 euros
impôts	Impôt sur le revenu = 0 Redevance télévision = 0 Taxe d'habitation = 0	Impôt sur le revenu = 0 Redevance télévision = - 116,50 euros/an Taxe d'habitation (TH) = oui (variable) Prime pour l'emploi = + 442 (crédit d'impôt)
total	Annuel = 9 861,96 euros Mensuel = 821,83 euros, soit 86 % des ressources d'une personne au SMIC	Annuel = 11 350,50 euros (- TH) Mensuel = 945,87 euros(- TH)

160 000 personnes touchent chaque mois en plus un complément d'AAH d'un montant de 94,04 euros. Jusqu'à un revenu de travail de 200 euros, la personne handicapée conserve son AAH à taux plein.

Accessibilité : les points forts

- Ecole
  - Devoir de l'éducation nationale d'inscrire tous les enfants à l'école de leur quartier. Si besoin, c'est à dire à condition d'avoir des raisons explicites et avérées, ces enfants peuvent être accueillis dans des classes ou des établissements avec des dispositifs adaptés.
  - Complémentarité entre l'éducation ordinaire et l'accompagnement médico social.
  - Dispositions particulières pour les examens
  - Accès facilité à l'enseignement supérieur.
- Emploi
  - Création d'un fonds commun aux trois fonctions publiques (Etat, collectivités territoriales et hôpitaux)
  - Contribution plus élevée pour les entreprises qui n'emploient aucune personne handicapée (500 à 600 SMIC horaire).
  - Simplification du mode de décompte des bénéficiaires.
  - L'atelier protégé, reconnu comme une entreprise adaptée, rejoint le milieu ordinaire.
  - Amélioration des droits des travailleurs handicapés en milieu protégé (CAT) : accès à la formation professionnelle ; validation des acquis de l'expérience ; droit à congés et à l'allocation parentale d'éducation.
- Accessibilité au cadre bâti
  - Obligation de l'accessibilité pour le bâti neuf ou rénové.
  - Contrôle renforcé lors des opérations de construction de bâtiments recevant du public neufs ou en rénovation.
  - Subventions publiques subordonnées à la prise en compte de l'accessibilité.
  - Création dans les communes de + de 10 000 hab. d'une commission d'accessibilité.
- Accessibilité aux transports
  - Affirmation du principe de chaîne du déplacement.
  - Calendrier de mise en accessibilité des transports : 6 ans, à compter de l'entrée en vigueur de la loi.
  - Nécessité de solutions alternatives en cas d'impossibilité technique avérée.
- Accessibilité aux loisirs, au tourisme, aux pratiques culturelles, aux technologies de l'information, aux activités physiques et sportives.
  - Affirmation des droits et effectivité de leur accès.

## Une pleine participation à la vie de la cité

L'objectif du projet loi 2004 est de permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie en société dans toutes ses dimensions. Une part importante du texte est consacrée à la mise en œuvre de cette **accessibilité de tous à tout**.

 A l'école

Le gouvernement consacre le devoir de l'éducation nationale d'accueillir tous les enfants handicapés à l'école ou d'assurer, si nécessaire, leur scolarisation dans des établissements adaptés. Il garantit à chaque enfant un parcours scolaire et universitaire sans discontinuité lui permettant de développer toutes ses capacités.

 Dans la vie professionnelle

La priorité sera donnée, dans toute la mesure du possible, au travail en milieu ordinaire. Le gouvernement entend :

- mobiliser les partenaires sociaux sur cet enjeu dans le cadre de la négociation collective,
- imposer des aménagements raisonnables des postes et du milieu de travail,
- inciter les entreprises à recruter des personnes handicapées et sanctionner celles qui ne font aucun effort,
- augmenter le recrutement des personnes handicapées dans la fonction publique.

Le travail en milieu protégé est conforté. Des passerelles pour améliorer la fluidité entre le milieu de travail protégé et le milieu ordinaire seront organisées et des garanties pour retrouver son poste, dans un cas comme dans l'autre, sont prévues.

 Dans la vie de tous les jours

Il s'agit de :

- réaffirmer l'obligation d'accessibilité à toute personne, quelle que soit la nature de son handicap, des espaces publics, des transports et du cadre bâti,
- renforcer les contrôles et les sanctions en cas de non respect de ces obligations,
- subordonner le versement d'aides publiques au respect des règles d'accessibilité.

## La simplification des démarches

Une maison départementale des personnes handicapées sera créée et dotée d'unités de proximité.

Toute personne handicapée (et/ou sa famille) y sera accueillie, informée et conseillée. Elle déposera une demande et recevra, après instruction et évaluation de sa situation, la décision relative à ses besoins de compensation au regard de son projet personnel de vie.

Un interlocuteur unique prendra en charge les démarches complexes imposées aujourd'hui à la personne ou à sa famille.

Une commission unique sera constituée au sein de la maison départementale du handicap. Elle assurera les missions dévolues aujourd'hui aux CDES et COTOREP.

Ce site unique intégrera également les attributions des sites de la vie autonome.

CDES : commission départementale d'éducation spéciale - COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel - SVA : site de la vie autonome

### La CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Il s'agit de mieux prendre en charge les conséquences du handicap et du grand âge. Les financements nécessaires à l'ouverture de droits nouveaux seront affectés en totalité à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui en garantira l'utilisation exclusive au profit des personnes handicapées et âgées. La caisse veillera en particulier à l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire.

Sa mise en place est prévue avant l'été 2004. Un rapport a été demandé à Messieurs Briet et Jamet. Il doit contenir des propositions contribuant à préparer les textes législatifs et réglementaires. Il sera remis au 2<sup>ème</sup> trimestre 2004 au Premier ministre. Les auteurs du rapport animeront la nécessaire concertation avec les élus départementaux, les partenaires sociaux, les professionnels et les représentants des associations concernées.

## Questions – Réponses - Questions – Réponses - Questions – Réponses - Questions – Réponses

### 1. Cette loi donne-t-elle un revenu suffisant aux personnes handicapées qui ne peuvent pas travailler ?

L'allocation aux adultes handicapés est maintenue à son niveau actuel. Elle permet de garantir à une personne handicapée un pouvoir d'achat comparable à celui que procure le SMIC (voir tableau page précédente). L'AAH devient un revenu d'existence à part entière auquel s'ajoute désormais la prestation de compensation. Les conditions de cumul avec un revenu d'activité seront plus favorables pour les personnes qui peuvent travailler.

### 2. Est-ce que tout le monde aura droit à la prestation de compensation ?

La prestation de compensation est universelle et s'adresse à tous car le principe de son accès n'est conditionné par aucun critère de ressources. En outre, les sommes versées au titre de la prestation ne feront plus l'objet de récupération sur succession. En ce qui concerne les enfants, la compensation est assurée par le biais des compléments de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (ex AES). Après 60 ans, les personnes handicapées pourront continuer à la percevoir. Ou à choisir l'APA, régime de compensation pour les personnes âgées.

### 3. Les moyens pour financer cette loi sont-ils suffisants ?

Il est rare qu'une loi soit financée avant même d'être discutée. Le financement annuel prévu au titre de la future caisse nationale de solidarité pour l'autonomie s'élève à 850 millions d'euros. Il doit être comparé avec le budget annuel de l'Etat pour les personnes handicapées qui est de 6 milliards d'euros. Ajouté, aux sommes que les départements consacrent à l'ACTP, cet effort financier permettra de disposer de plus de 1,4 milliards d'euros et de couvrir une large partie des besoins de compensation. A titre d'exemple, le remboursement intégral des fauteuils électriques qui sont vendus chaque année coûterait de l'ordre de 30 millions d'euros...

### 4. Les dérogations pour l'accessibilité étaient-elles indispensables ?

Toute construction nouvelle devra être accessible et cette obligation concerne bien sûr aussi les ERP (établissements recevant du public). Les dérogations ne portent que sur l'existant. Dans ce cas, des mesures de substitutions sont exigées (ce qui peut être le cas pour des bâtiments historiques par exemple).

### 5. Cette loi est-elle complète dans la mesure où on ne sait pas qui va gérer la compensation ?

Le projet de loi sera complété par voie d'amendement compte tenu des orientations qui seront arrêtées au terme de la mission d'expertise en cours sur la gouvernance de la future caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et l'articulation des compétences entre l'Etat, les départements et l'assurance maladie.

### 6. La maison des personnes handicapées est-elle vraiment une innovation ?

La maison départementale des personnes handicapées n'est pas un simple habillage des commissions existantes (CDES et COTOREP). Elle intègre bien sûr la commission unique qui va se substituer aux instances actuelles en reprenant à son compte les missions dévolues aujourd'hui aux sites de la vie autonome. Mais, elle a également vocation à assurer un rôle d'écoute, d'information, de conseil, d'accompagnement. Elle est également responsable de l'organisation et le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de compensation et propose un plan individualisé de compensation. En résumé, la maison des personnes handicapées est un lieu unique qui permettra de réaliser une véritable gestion de proximité.

### 7. N'y a-t-il pas trop de décrets ?

Certainement pas. Chacun d'entre eux s'inscrit dans le respect de la séparation de la loi et des règlements prévu par la Constitution. La rédaction des décrets est encadrée par la loi. Elle va se poursuivre en étroite concertation avec les associations et notamment le CNCPH. La volonté du gouvernement est de publier la plupart des décrets pour une application de la loi au 1<sup>er</sup> janvier 2005.

### 8. La réforme des CAT va-t-elle entraîner une baisse de revenus pour les travailleurs en CAT ?

Non. Mais le projet de loi substitue à la garantie de ressources un système d'aide au poste plus respectueux de la dignité de la personne.



Ce qui va changer : quelques exemples

	Aujourd'hui	Demain
<b>Ecole</b>	L'inscription à l'école du quartier n'est pas obligatoire. Le directeur de l'établissement doit s'assurer de l'acceptation de toute l'équipe pédagogique. Les aides à l'accompagnement scolaire et éducatif dépendent de la CDES et surtout, à toutes les étapes, les parents doivent justifier leurs demandes et remplir de multiples dossiers.	L'Education nationale est tenue d'assurer la scolarisation de tous les enfants à l'école de leur secteur. A la maison départementale des personnes handicapées, une personne référente s'occupe de toutes les démarches administratives. Une seule commission décide de l'ensemble des droits qui facilitent l'éducation de l'enfant.
<b>CAT</b>	Un certain nombre de droits ne sont pas reconnus. Il n'existe pas de dispositif favorisant l'intégration en milieu ordinaire et les listes d'attentes pour rentrer sont très longues.	Certains droits seront reconnus (formation professionnelle ; validation des acquis ; allocation parentale d'éducation...). L'évolution vers le milieu ordinaire sera facilitée. Les listes d'attente seront résorbées.
<b>Secteur privé</b>	37 % des entreprises de + de 20 salariés n'embauchent aucune personne handicapée.	Pour ces entreprises, la sanction pourra être augmentée de 20%
<b>Secteur public</b>	Aucune sanction n'est prévue si le quota d'embauche de 6% de personnes handicapées n'est pas respecté.	Une sanction sera prévue en cas de non respect du quota.

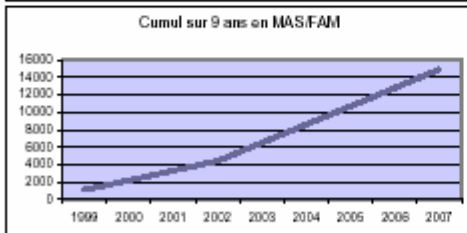
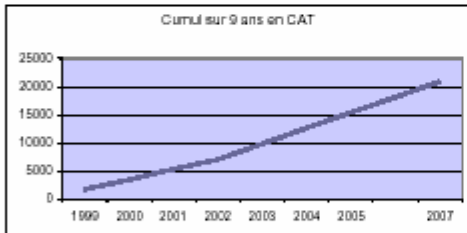
Création de 40 000 places en 5 ans

Objectifs :

- permettre le choix de vie en développant les services pour vivre à domicile et en créant des places en établissements.
- résorber les listes d'attentes par un effort continu jusqu'en 2007.

Nombre de places	2002	2007	Progression
SESSAD	22 835	28585	+ 25 %
CAT	96651	110 651	+ 15 %
MAS/FAM	23 000	34900	+ 51 %
SSIAD/SAMSAH	6200	12300	+ 98 %

SESSAD : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile – CAT : centre d'aide par le travail  
 MAS : maison d'accueil spécialisé – SSIAD : service de soins infirmiers à domicile – FAM : foyer d'accueil médicalisé – SAMSAH : service d'aide médicalisée et de soins pour adultes handicapés



	Enfants Places en établissements et services	Adultes Places en établissements et services	Adultes Places en CAT
2003	1500	2550	3000
2004	1500	3450	3000
2005	1800	3750	3000
2006	1800	4000	2500
2007	1800	4250	2500
<b>TOTAL</b>	<b>8400</b>	<b>18000</b>	<b>14000</b>

**Quelques chiffres**

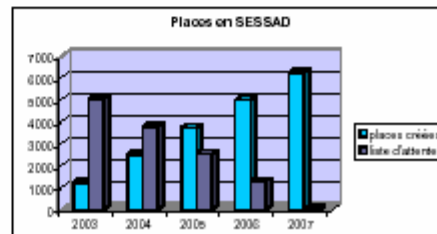
1) **Généralités**  
 Handicap moteur isolé : 850 000  
 Personnes en fauteuil : 370 000  
 Personnes handicapées mentales : 650 000  
 Personnes mal ou non voyantes : 217 000  
 Personnes mal ou non entendant : 450 000  
 Personnes handicapées psychiques : 700 000

2) **Enfants et adolescents handicapés**  
**Nombre de bénéficiaires de / allocation d'éducation spéciale (AES) : 121 000**  
**Scolarisation en milieu ordinaire (90 000 élèves)**  
 Intégration individuelle : 46 000 enfants, dont les 2/3 dans le premier degré.  
 Etudiants handicapés : 7 000  
 Intégration collective : 41 000 enfants  
**Prise en charge / l'éducation spéciale**  
 En établissements : 103 800 enfants  
 En service (SESSAD) : 23 000 places

3) **Adultes handicapés**  
 Nombre de bénéficiaires d'allocations  
 Allocation aux adultes handicapés (AAH) : 753 000  
 Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) : 99 000  
**Nombre de places en établissements**  
 CAT : 96 651  
 Ateliers protégés : 17 000  
 Foyers d'hébergement : 39 000  
 Foyers occupationnels : 34 500  
 Maisons d'accueils spécialisés : 14 000  
 Foyer d'accueil médicalisé : 9 100  
**Emploi des personnes handicapées**  
 1,4 millions de travailleurs handicapés  
 Taux de chômage : 24 %

Source : Dress (au 1<sup>er</sup> janvier 2002)

Contacts : cathérine denariere : 01 40 56 65 28 – christine rosas : 01 40 56 65 08 – Pour en savoir plus : [www.handicap.org/fr](http://www.handicap.org/fr)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ-, DE LA FAMILLE  
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

PROJET 28 JANVIER 2004

Décret n°            du

**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**

*Le Premier ministre,*

*Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,*

*Vu le code de l'action sociale et des familles ;*

*Vu le code de la santé publique ;*

*Vu le code de la sécurité sociale ;*

*Vu le code du travail ;*

*Vu le code de l'éducation ;*

*Vu le décret n° 77-1549 du 31 décembre 1977 modifié ;*

*Vu le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;*

*Vu le décret n° 2003.....du.....2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au 1 de l'article L. 312-1 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,*

*Vu l'avis du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du.....,*

*Vu l'avis de la section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du.....,*

Décrète :

**Titre I : Dispositions relatives aux services d'accompagnement à la vie sociale pour personnes adultes handicapées.**

**Article 1<sup>er</sup>.** - Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

**Article 2.** - Les services mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> prennent en charge des personnes adultes, ayant le cas échéant la qualité de travailleur handicapé, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager:

- a) une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;
- b) un accompagnement social en milieu ouvert.

**Article 3.** - Dans le respect du projet de vie et des capacités d'autonomie et de vie sociale de chaque usager, les services visés à l'article 1<sup>er</sup> organisent et mettent en oeuvre tout ou partie des prestations suivantes :

- a) l'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;
- b) l'identification de l'aide à mettre en oeuvre ;
- c) le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;
- d) une assistance ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;
- e) le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;
- f) un appui et un accompagnement favorisant l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou contribuant au maintien de cette insertion ;
- g) le suivi éducatif et psychologique.

**Article 4.** - Les prestations visées à l'article 3 sont mises en oeuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant ou associant tout ou partie des professionnels suivants :

- a) des assistants de service social ;
- b) des auxiliaires de vie sociale ;
- c) des psychologues ;
- d) des conseillers en économie sociale et familiale ;
- e) des éducateurs spécialisés ;
- f) des moniteurs éducateurs.

**Article 5.** - Lorsque le service d'accompagnement à la vie sociale intervient sur un lieu de formation ou de travail, une convention est passée avec la personne physique ou morale de droit public ou privé responsable de l'établissement accueillant la personne handicapée ou employeur de celle-ci.

Cette convention précise les conditions d'intervention du service, la liste des personnels amenés à intervenir auprès de la personne handicapée avec leur qualification et leur statut, ainsi que leurs modalités d'intervention sur les lieux où s'exerce l'activité de formation, y compris scolaire et universitaire, et l'activité professionnelle.

Dans le respect des dispositions, de l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des attributions et des contraintes de chacun, la coopération entre le service visé à l'article 1<sup>er</sup> et la personne physique ou morale de droit public ou privé visée au présent article doit permettre :

- a) d'informer l'ensemble des personnes composant l'environnement de la personne handicapée des besoins de celle-ci ;
- b) d'identifier les difficultés susceptibles de survenir et de définir les actions permettant d'y mettre fin ;
- c) de conduire une évaluation périodique des besoins de la personne handicapée afin de procéder, le cas échéant, aux adaptations nécessaires.

## **Titre II - Les services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées**

**Article 6.** - Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation des missions visées à l'article 1<sup>er</sup>.

**Article 7.** - Les services visés à l'article 6 prennent en charge des personnes adultes handicapées dont les déficiences et incapacités nécessitent, en sus, des interventions visées à l'article 2, et dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

- a) des soins réguliers et coordonnés ;
- b) un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

**Article 8.** - Le projet individualisé de prise en charge comprend, en sus des prestations mentionnées à l'article 3, tout ou partie des prestations suivantes :

- a) la dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'affectivité de leur mise en œuvre ;
- b) un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel.

## Annexe 9 –4/5

**Article 9.** - Les prestations visées à l'article 8 sont mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant en sus des personnels mentionnés à l'article 4, tout ou partie des professionnels suivants :

- a) des auxiliaires médicaux visés au livre III de la quatrième partie du code de la santé ;
- b) des aides soignants et des aides médico-psychologiques.

L'équipe pluridisciplinaire susvisée comprend ou associe dans tous les cas un médecin.

**Article 10.** - La convention mentionnée à l'article 5 est applicable au service défini à l'article 6.

### **Titre III. Dispositions communes**

**Article 11.** - Les services visés aux articles 1<sup>er</sup> et 6 sont au nombre des établissements et services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ces services prennent en charge des personnes adultes handicapées de façon permanente, temporaire ou séquentielle, sur décision de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel visée à l'article L. 323-11 du code du travail.

Les prestations correspondantes sont délivrées au domicile de la personne ainsi que dans tous les lieux où s'exercent ses activités sociales, de formation, y compris scolaire et universitaire, et ses activités professionnelles, en milieu ordinaire ou protégé ainsi que, le cas échéant, dans les locaux du service.

**Article 12.** - Les services mentionnés aux articles 1<sup>er</sup> et 6 sont autonomes ou annexés à des établissements ou services visés aux 5° et 7° du I de l'article L. 312-1.

Tout service visé à l'alinéa précédent, autonome ou annexé à un établissement, doit disposer de locaux identifiés permettant d'assurer son fonctionnement, d'organiser les prestations et de coordonner les personnels.

**Article 13.** - L'utilisateur de l'un des services mentionnés aux articles 1<sup>er</sup> et 6 participe, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire mentionnés aux articles 4 et 9, à l'élaboration de son projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement. Ce projet tient compte de son projet de vie et des préconisations contenues dans le plan d'aide élaboré par la commission visée à l'article L. 323-11 du code du travail.

**Article 14.** - Le nombre et la qualification des personnels mentionnés aux articles 4 et 9 sont appréciés en fonction de la qualification du service, de sa capacité, de ses objectifs et de ses modalités d'organisation et de fonctionnement, tels qu'ils ont été définis dans le projet de service.

En outre, l'équipe pluridisciplinaire de chaque service peut comporter, en tant que de besoin et dans le respect du projet de service, tout professionnel susceptible de concourir à la réalisation de sa mission.

L'ensemble des intervenants susmentionnés participent à la réalisation du projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement de la personne adulte handicapée.

**Article 15.** - Les membres de l'équipe pluridisciplinaire des services mentionnés aux articles 1<sup>er</sup> et 6 possèdent les diplômes ou les titres à finalité professionnelle reconnus nécessaires à l'exercice de leurs compétences.

Les personnels mentionnés aux articles 4 et 9 peuvent être salariés du service ou de la structure à laquelle il est annexé ou exercer en libéral lorsqu'ils sont habilités à pratiquer ce mode d'exercice. Dans ce dernier cas, les professionnels libéraux concluent avec la personne morale gestionnaire un contrat de prestations de services conforme à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des personnes handicapées.

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa précédent, des conventions fonctionnelles peuvent être passées, avec des personnes physiques ou morales intervenant dans les secteurs social, médico-social et sanitaire proches du domicile de la personne adulte handicapée, pour la réalisation de prestations complémentaires ou de proximité.

**Article 16.** - Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales et la secrétaire d'État aux personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officielle de la République française.

Fait à Paris, le

Par le Premier ministre :

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales,

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité,

Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche,

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation de la pêche et, des affaires rurales,

La secrétaire d'État aux personnes handicapées.