



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **2008/2010**

Date du Jury : **mars 2010**

**Accompagner l'entrée et la sortie d'E.S.A.T.
des travailleurs en situation de handicap
psychique et intellectuel**

*Quelle place pour les établissements médico-sociaux
de prise en charge intermédiaire dans le département
du Val d'Oise ?*

Aurélia DUBUISSON

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Sophie SERRA, Inspectrice Hors Classe à la D.D.A.S.S. du Val d'Oise en charge du service des politiques médico-sociales, ma maître de stage, pour sa bienveillance et pour la confiance témoignée tout au long du stage.

Je remercie également Madame Anne-Marie GRAFFIN Inspectrice de l'action sanitaire et sociale en charge de la cellule adultes handicapés à la D.D.A.S.S. du Val d'Oise et Madame Géraldine MAYET-NOEL, aujourd'hui Inspectrice Principale à la D.D.A.S.S. de Savoie, pour leurs précieux conseils.

Je remercie les lecteurs de mon projet de mémoire et de ma note étape pour la pertinence de leurs observations, ainsi que M. Bernard LUCAS, enseignant-chercheur à l'E.H.E.S.P., qui a toujours trouvé le temps de répondre à mes nombreuses questions.

J'adresse aussi un grand merci aux personnes qui ont accepté de me recevoir en entretien et qui ont mis à ma disposition un grand nombre de documents utiles à mon sujet.

Enfin, merci à l'ensemble des agents de la D.D.A.S.S. du Val d'Oise pour leur accueil.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 1 |
| 1 La création d'établissements de prise en charge intermédiaire, un nouvel accompagnement des travailleurs handicapés psychiques et intellectuel dans le Val d'Oise | 7 |
| 1.1 Cadre général des politiques publiques en faveur des travailleurs handicapés d'E.S.A.T. | 7 |
| 1.1.1 L'accompagnement des personnes handicapées : de l'occupation à la définition d'un projet de vie | 7 |
| 1.1.2 L'offre d'établissements et services médico-sociaux : parcours « ordinaire » d'un travailleur handicapé d'E.S.A.T..... | 10 |
| 1.2 Les établissements de prise en charge intermédiaire : présentation d'une démarche innovante dans le Val d'Oise | 14 |
| 1.2.1 Régime juridique des établissements de prise en charge intermédiaire..... | 14 |
| 1.2.2 L'accompagnement mis en œuvre en établissements de prise en charge intermédiaire..... | 15 |
| 2 Les établissements de prise en charge intermédiaire dans le Val d'Oise, une démarche non achevée | 19 |
| 2.1 L'accompagnement intermédiaire en Ile-de-France et dans les départements limitrophes, une offre encore trop peu lisible | 19 |
| 2.1.1 Présentation de la démarche de l'enquête quantitative | 19 |
| 2.1.2 L'accompagnement intermédiaire, une compréhension différente d'un département à l'autre..... | 19 |
| 2.1.3 Une absence d'attraction des résidents du Val d'Oise dans les C.I.T.L. des Hauts-de-Seine..... | 20 |
| 2.1.4 Conclusions de l'enquête..... | 21 |
| 2.2 L'observation des C.I.T.L. dans le département des Hauts-de-Seine, un succès relatif couvrant des modes d'accueil différents | 21 |
| 2.2.1 L'histoire des C.I.T.L. dans les Hauts-de-Seine : une évolution liée à la reconnaissance des compétences des collectivités territoriales en matière médico-sociale..... | 21 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 2.2.2 | Une explication de l'émergence des C.I.T.L. à rechercher dans le type de déficiences prises en charge ? | 22 |
| 2.2.3 | Evolution des C.I.T.L. dans les Hauts-de-Seine, une vocation de plus en plus occupationnelle | 23 |
| 2.3 | Des problématiques persistantes dans l'accueil en structures d'accompagnement intermédiaire | 25 |
| 2.3.1 | Un cadre financier et budgétaire à clarifier | 25 |
| 2.3.2 | Gérer l'entrée et la sortie en établissement d'accompagnement intermédiaire.... | 29 |
| 3 | L'avenir des établissements médico-sociaux de prise en charge intermédiaire dans le Val d'Oise : réformer l'existant ou ancrer l'innovant ? | 35 |
| 3.1 | Evaluer les besoins des travailleurs en E.S.A.T. : un défi majeur | 35 |
| 3.1.1 | Intégrer les constats à l'origine de la création des établissements de prise en charge intermédiaire..... | 35 |
| 3.1.2 | Etablir un diagnostic partagé des besoins et des attentes des travailleurs handicapés d'E.S.A.T. dans le département du Val d'Oise..... | 40 |
| 3.2 | Poser les garanties à l'accompagnement au sein des établissements de prise en charge intermédiaire | 42 |
| 3.2.1 | Etablir une convention entre la D.D.A.S.S. et le Conseil Général | 42 |
| 3.2.2 | Faire émerger la fonction d'ingénierie sociale des I.A.S.S. | 43 |
| 3.3 | Engager une réflexion sur les outils existants de l'offre médico-sociale pour améliorer l'entrée et la sortie d'E.S.A.T..... | 45 |
| 3.3.1 | Impulser l'évolution des dispositifs existants | 45 |
| 3.3.2 | Se saisir des opportunités issues de la réforme de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire | 49 |
| | Conclusion..... | 55 |
| | Sources et Bibliographie | 57 |
| | Liste des annexes..... | I |

Liste des sigles utilisés

| | |
|---------------------|---|
| A.A.H. | Allocation Adulte Handicapé |
| A.C.T.P. | Allocation Compensatrice pour Tierce Personne |
| A.D.A.P.T. | Association pour l'Insertion Sociale et Professionnelle des Personnes Handicapées |
| A.P.A.J.H. | Association Pour Adultes et Jeunes Handicapées |
| A.P.E.D. | Association de Parents d'Enfants Déficiants |
| A.R.S. | Agence Régionale de la Santé |
| A.S.H. | Actualités Sociales Hebdomadaires |
| C.A.F.D.E.S. | Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeurs d'Etablissements ou de Service d'Intervention Sociale |
| C.A.S.F. | Code de l'Action Sociale et des Familles |
| C.A.T. | Centre d'Aide par le Travail |
| C.D.A.P.H. | Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées |
| C.D.E.S. | Commission Départementale d'Education Spéciale |
| C.H. | Centre Hospitalier |
| C.H.S. | Centre Hospitalier Spécialisé |
| C.I.F. | Classification Internationale du Fonctionnement Humain |
| C.I.H. | Classification Internationale des Handicaps |
| C.I.T.L. | Centre d'Initiation au Travail et au Loisir |
| C.I.T.V.S. | Centre d'Initiation au Travail et à la Vie Sociale |
| C.N.S.A. | Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie |
| COTOREP | Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel |
| C.P.O.M. | Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens |
| C.R.O.S.M.S. | Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale |
| C.R.S.A. | Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie |
| C.S.P. | Code de la Santé Publique |
| C.S.S. | Code de la Sécurité Sociale |
| D.D.A.S.S | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| D.G.A.S. | Direction Générale de l'Action Sociale |
| D.R.J.S.C.S. | Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale |
| D.D.T.E.F.P. | Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle |

| | |
|---------------------|---|
| E.H.P.A.D. | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes |
| E.A. | Entreprise Adaptée |
| E.H.S.P. | Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique |
| E.N.S.P. | Ecole Nationale de la Santé Publique |
| E.S.A.T. | Etablissement et Service d'Aide par le Travail |
| E.S.M.S. | Etablissements et Services Médico-sociaux |
| F.A.M. | Foyer d'Accueil Médicalisé |
| G.E.S.A.T. | Groupement d'Etablissements et Services d'Aide par le Travail et d'Entreprises Adaptées |
| G.I.P. | Groupement d'Intérêt Public |
| I.A.S.S. | Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale |
| I.M.E. | Institut Médico-Educatif |
| IMPro | Institut Médico-Professionnel |
| I.T.E.P. | Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique |
| J.O.R.F. | Journal Officiel de la République Française |
| M.A.S. | Maison d'Accueil Spécialisée |
| M.D.P.H. | Maison Départementale des Personnes Handicapées |
| O.M.S. | Organisation Mondiale de la Santé |
| P.C.H. | Prestation de Compensation du Handicap |
| P.R.I.A.C. | Programme Interdépartemental de l'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie |
| P.R.S. | Programme Régional de Santé |
| R.Q.T.H. | Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé |
| S.A.M.S.A.H. | Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé |
| S.A.V.S. | Service d'Accompagnement à la Vie Sociale |
| S.I.A.M.A.T. | Service Intermédiaire d'Aide et de Maintien Au Travail |
| SIPro | Section d'Initiation et de première Formation Professionnelle |
| S.R.O.S.M.S. | Schéma Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale |
| T.C.C. | Troubles de la Conduite et du Comportement |
| T.E.D. | Troubles Envahissants du Développement |
| T.S.A. | Travail Social Actualités |
| U.D.A.P.E.I. | Union Départementale des Associations de Parents et des Amis des Personnes Handicapées |

Introduction

« *J'aime bien venir au travail tous les jours. Je me lève la première le matin. Mais j'ai mal aux genoux, je suis fatiguée après. Mais je ne veux pas aller au foyer*¹ » Ces paroles sont celles d'une jeune personne déficiente intellectuelle travaillant dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail [E.S.A.T.] du département du Val d'Oise depuis 10 ans. Elles ont été recueillies lors d'une période d'observation d'une semaine en établissement médico-social, ainsi que l'autorise la formation initiale des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale [I.A.S.S.].

En stage au service des politiques médico-sociales de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales [D.D.A.S.S.] du Val d'Oise, le choix avait été fait de se rapprocher d'une association gérant des établissements et services médico-sociaux accompagnant des enfants et des adultes déficients intellectuels jusqu'à 60 ans. Les deux jours passés au sein de l'E.S.A.T. de l'association ont révélé que celle-ci était engagée dans la construction d'un établissement qui accompagnerait les travailleurs handicapés lors de l'entrée et de la sortie d'E.S.A.T. La jeune personne citée en introduction de ce mémoire expliquait alors qu'elle attendait avec impatience l'ouverture de ce nouvel établissement afin de pouvoir diminuer son temps de travail sans pour autant devoir intégrer un foyer de vie.

En effet, depuis 2007, l'offre d'accompagnement en direction des travailleurs handicapés dans le Val d'Oise connaît une importante évolution. Trois initiatives novatrices dans le département ont reçu un avis favorable du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale [C.R.O.S.M.S.]² d'Île-de-France. Autorisées et financées par le Conseil Général, elles portent respectivement le nom de Centre d'Initiation au Travail et à la Vie Sociale [C.I.T.V.S.], de Centre d'Initiation au Travail et au Loisir [C.I.T.L.], et de Service Intermédiaire d'Aide et de Maintien au Travail [S.I.A.M.A.T.]. Ces projets sont respectivement portés par la Clé pour l'Autisme, par l'Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés [A.P.A.J.H.] et par l'Association de Parents d'Enfants Déficients [A.P.E.D.] l'Espoir.

¹ C'est-à-dire en foyer de vie.

² Selon le deuxième alinéa de l'article L.313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles [C.A.S.F.], « [...] le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale compétent émet un avis sur tous les projets de création ainsi que sur les projets de transformation et d'extension

Afin d'appréhender le rôle de ces nouveaux établissements, les rapports présentés en C.R.O.S.M.S., fournis par les services du Conseil Général, ont été analysés avec l'aide de l'Inspectrice en charge de la cellule adultes handicapés à la D.D.A.S.S. du Val d'Oise. Trois points essentiels ressortent de cette étude.

Au niveau de la prise en charge proposée, les trois nouveaux établissements prévoient l'accueil de jeunes travailleurs handicapés pour préparer leur insertion professionnelle en E.S.A.T. Les projets de S.I.A.M.A.T. et du C.I.T.L. prévoient en outre la possibilité d'accompagner la cessation d'activité des travailleurs handicapés vieillissants. Il s'agit donc de proposer un accompagnement de courte durée lors de l'entrée et de la sortie d'E.S.A.T. A ce titre, ces dispositifs sont qualifiés d'établissements de prise en charge intermédiaire. Seul le C.I.T.V.S. prévoit un accompagnement qui se distingue des deux autres établissements car il offre essentiellement des temps de repos et de loisirs afin que la personne en situation de handicap décide de l'évolution de son projet de vie.

Au niveau des usagers accueillis, le S.I.A.M.A.T. concerne essentiellement l'accueil les travailleurs handicapés déficients intellectuels, tandis que le C.I.T.L. a vocation à accueillir les travailleurs handicapés psychiques. Le projet de C.I.V.T.S. est destiné aux personnes atteintes de Troubles Envahissants du Développement [T.E.D.] et Troubles de la Conduite et du Comportement [T.C.C.]³.

Au niveau de la localisation, le S.I.A.M.A.T. et le C.I.T.L. sont situés dans l'enceinte même d'E.S.A.T. du département – les E.S.A.T. relevant de la compétence de l'Etat.

Au regard de cette dernière information et du fait des spécificités du C.I.T.V.S. liées au type de handicap concerné, nous avons choisi de concentrer notre étude sur le S.I.A.M.A.T. et le C.I.T.L.

Ces établissements de prise en charge intermédiaire traduisent une orientation nouvelle dans l'accompagnement des travailleurs handicapée portée par les associations mais aussi par le Conseil Général, qui s'est saisi de la problématique de l'insertion professionnelle. Face à cette évolution, la fonction d'I.A.S.S. est interpellée à quatre niveaux.

portant sur une capacité supérieure à un seuil fixé par décret en Conseil d'Etat d'établissements ou de services de droit public ou privé ».

³ Il est d'usage de distinguer trois catégories de handicap : les handicaps mentaux (qui couvrent les déficiences intellectuelles, les déficiences psychiques, et la maladie mentale – T.C.C. et T.E.D.), les handicaps physiques (qui comprennent les déficiences motrices, les déficiences visuelles, les déficiences auditives et les déficiences viscérales et générales) et les handicaps combinés (composés du polyhandicap, du plurihandicap, et du surhandicap). Cf. RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFORCADE M., ed/, 2008, *Politiques sociales et de santé : comprendre et agir*, éditions de l'E.H.E.S.P., 492 p., p. 85 et 86

En tant que représentant de l'Etat à la Commission Départementale des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées [C.D.A.P.H.]⁴, l'I.A.S.S. participe à l'orientation des personnes en situation de handicap relevant de son département. Un avis éclairé implique d'avoir une visibilité suffisante sur les missions des établissements et services médico-sociaux.

En tant que cadre en charge de la planification de l'offre d'établissements et de services médico-sociaux, l'I.A.S.S. doit appréhender le panel d'offres existant, notamment dans le cadre de l'élaboration du Programme Interdépartemental de l'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie [P.R.I.A.C.].

En tant que représentant de l'Etat en charge de l'inspection des établissements et services médico-sociaux, l'I.A.S.S. peut être amené à conduire une inspection dans les établissements médico-sociaux tels que le C.I.T.L. et le S.I.A.M.A.T. (au titre de la protection des personnes par exemple⁵). Cette compétence nécessite une connaissance accrue de ces établissements, tant sur le plan du fonctionnement interne qu'au niveau de la prise en charge dispensée aux usagers.

Enfin, en tant que responsable de la mise en œuvre au plan local des politiques en faveur des personnes en situation de handicap, l'I.A.S.S. ne peut que s'interroger sur la création dans un temps rapproché d'établissements médico-sociaux relevant de la compétence exclusive d'une collectivité territoriale et qui s'insèrent entre des établissements et services relevant de la compétence de l'Etat (Institut Médico-Educatif [I.M.E.] pour les enfants en situation de handicap et E.S.A.T. par exemple). Cela interroge le rôle des établissements et services déjà existants et financés par l'Etat.

Dès lors, pour l'inspecteur, l'enjeu est d'appréhender dans quelle mesure les établissements de prise en charge intermédiaire constituent une innovation nécessaire plutôt qu'une complexification du paysage médico-social au regard des besoins des travailleurs en situation de handicap psychique et intellectuel lors de l'entrée et de la sortie d'E.S.A.T.

Le questionnaire suivant a été mis en œuvre afin de répondre à cette problématique :

- Quel est le besoin auquel souhaite répondre ces établissements ?

Cette question ramène à celle de l'identification du besoin de l'utilisateur.

- soit ces nouveaux établissements répondent à un besoin objectif et exprimé des travailleurs handicapés. Quels ont été les outils permettant de l'évaluer ?

⁴ Article L.241-5 C.A.S.F.

⁵ Article L.331-1 C.A.S.F.

- soit ces nouveaux établissements répondent à un besoin ressenti par les associations à l'origine de ces projets. Quels ont été les évènements incitant à mettre en œuvre un accompagnement intermédiaire ?
- Pourquoi l'offre d'établissement et service existant est apparue insuffisante pour répondre aux besoins des jeunes travailleurs handicapés ?

Tant le C.I.T.L. que le S.I.A.M.A.T. se donnent pour mission d'accompagner les jeunes en situation de handicap qui peuvent avoir été scolarisés en I.M.E. vers une insertion professionnelle en E.S.A.T. Dans le Val d'Oise, environ 65 jeunes ayant terminé leur scolarité sont maintenus en I.M.E.⁶ au titre de l'amendement Creton⁷. Ce sont autant de personnes qui sont solution d'accompagnement correspondant à leur projet de vie – cela peut être d'intégrer un E.S.A.T. Plusieurs explications peuvent être recherchées :

- soit les I.M.E. ne parviennent pas à accompagner les jeunes vers l'emploi, peut-être du fait de l'absence de partenariat avec les établissements pour adultes en situation de handicap permettant par exemple de faire des stages en E.S.A.T. ;
- soit les E.S.A.T. subissent des contraintes (en terme d'encadrement, de productivité) empêchant la mise en œuvre d'une insertion socioprofessionnelle progressive et adaptée pour les jeunes ;
- soit les jeunes en situation de handicap sont confrontés à des problématiques sociales et/ou sanitaires dépassant l'accompagnement offert par les I.M.E. et les E.S.A.T. et nécessitant un temps de prise en charge spécifique.
- Pourquoi l'offre d'établissement et service existant est apparue insuffisante pour répondre aux besoins des travailleurs handicapés vieillissants ?

Pour accompagner les travailleurs handicapés vers la retraite ou vers un autre type de prise en charge, l'E.S.A.T. dispose du travail à mi-temps qui peut être mis en place

⁶ Selon le cadre normalisé de la présentation du budget des établissements sociaux et médico-sociaux, les jeunes de plus de 20 ans encore accueillis dans les établissements pour enfants handicapés sont signalés par le nombre de journées prévisionnelles de présence dans l'établissement. Le nombre de 65 jeunes « amendement Creton » a été obtenu en divisant, pour chaque établissement, le nombre de journées prévisionnelles pour l'année 2009 effectuées par les plus de 20 ans (externat et internat confondus) par le nombre de jours d'ouverture théorique de l'établissement.

⁷ L'amendement Creton prévoit que l'accueil des personnes handicapées en institution « doit pouvoir se poursuivre tant que l'état de la personne handicapée le justifie et sans limite d'âge ou de durée ». Ce principe implique que « lorsqu'une personne handicapée placée dans un établissement d'éducation spéciale ne peut être immédiatement admise dans un établissement pour adulte [...], ce placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée [...] », (article 22 de la Loi n°89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social, J.O.R.F. du 14 janvier 1989).

progressivement. Cela implique de rechercher en quoi un mi-temps n'apparaît pas comme une solution satisfaisante pour les travailleurs handicapés vieillissants.

- Enfin, lorsque le C.I.T.L. et le S.I.A.M.A.T. seront ouverts, n'y aura-t-il pas à un risque d'empiètement sur le budget des E.S.A.T. si les locaux sont partagés ?

Afin de répondre à ces questions, un premier temps a été dédié à la recherche documentaire. Des entretiens ont ensuite été menés auprès du responsable des établissements et services médico-sociaux au Conseil Général du Val d'Oise, de la personne en charge de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle [D.D.T.E.F.P.] du Val d'Oise, de l'inspecteur chargé de la scolarisation et de l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie [C.N.S.A.]. Une visite sur sites et des entretiens avec les futurs directeurs du C.I.T.L. et du S.I.A.M.A.T. ont également été réalisés.

Parallèlement, la situation du Val d'Oise a été comparée à celle de l'Île-de-France et des départements limitrophes. Une étude quantitative par courrier électronique et par téléphone auprès des Conseils Généraux et des D.D.A.S.S. devait permettre de dresser un panel de l'offre d'établissements d'accueil de jour offrant une prise en charge similaire à celle proposée par le S.I.A.M.A.T. et le C.I.T.L. Un entretien a été mené auprès de la responsable des établissements et services médico-sociaux au Conseil Général des Hauts-de-Seine (département fortement doté depuis les années 1960 d'établissements similaires au C.I.T.L.). Une visite sur site d'un C.I.T.L. des Hauts-de-Seine a ensuite été organisée. Enfin, un agent de la D.D.A.S.S. des Hauts-de-Seine intervenant sur le champ du handicap a été contacté par l'inspectrice en charge de la cellule adultes handicapés à la D.D.A.S.S. du Val d'Oise.

Toutes ces données ont fait au fur et à mesure l'objet de discussions avec l'Inspectrice Hors Classe en charge du service des politiques médico-sociales, ma maître de stage, et avec l'Inspectrice en charge de la cellule adulte handicapé à la D.D.A.S.S. du Val d'Oise.

Les résultats de cette démarche seront présentés au moyen de trois parties. La première partie posera le cadre général de la politique en faveur des travailleurs handicapés psychiques et intellectuels et présentera les nouveaux établissements de prise en charge intermédiaire dans le Val d'Oise que sont le S.I.A.M.A.T. et le C.I.T.L. La deuxième partie exposera les interrogations immédiates et à venir quant à la mise en œuvre d'un accompagnement en établissement de prise en charge intermédiaire. Enfin, la troisième partie s'attachera à définir dans quelles conditions le fonctionnement des établissements de prise en charge intermédiaire pourrait être sécurisé et à proposer d'autres alternatives

plus souples de réponses aux besoins des travailleurs handicapés psychiques et intellectuels à l'entrée et la sortie d'E.S.A.T.

1 La création d'établissements de prise en charge intermédiaire, un nouvel accompagnement des travailleurs handicapés psychiques et intellectuel dans le Val d'Oise

La politique en faveur des personnes handicapées a connu une longue évolution dans le sens d'une meilleure prise en compte des besoins et des attentes des personnes handicapées, jusqu'à la loi n°2005-102 du 11 février 2005⁸. Elle traduit l'adoption d'un modèle social du handicap et pose la notion de projet de vie au cœur de l'action des politiques publiques. Dans le même temps, les E.S.A.T. sont confirmés comme acteurs à part entière de l'insertion professionnelle des personnes handicapées. C'est dans ce contexte que l'A.P.A.J.H. et l'A.P.E.D. l'Espoir ont sollicité la création d'établissements de prise en charge intermédiaire. Structures innovantes pour le département, leur vocation principale est l'accompagnement des travailleurs en situation de handicap psychique et intellectuel au moment de leur entrée et de leur sortie d'E.S.A.T.

1.1 Cadre général des politiques publiques en faveur des travailleurs handicapés d'E.S.A.T.

La définition du handicap et l'action en faveur des personnes handicapées tend aujourd'hui à une insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées prenant en compte l'ensemble des dimensions de leurs projets de vie.

1.1.1 L'accompagnement des personnes handicapées : de l'occupation à la définition d'un projet de vie

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 a fait évoluer tant la définition du handicap que les mécanismes de compensation afin de mettre en œuvre le projet de vie de la personne en situation de handicap.

⁸ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, J.O.R.F. n°36 du 12 février 2005, p. 2353.

- A) L'adoption d'une définition large du handicap sous-tendue par le principe d'accessibilité généralisé

L'étymologie du mot "handicap" provient d'une expression anglaise du XVIIème siècle "hand in cap", dont la traduction littérale est " la main dans le chapeau". Cette expression désignait une répartition égale des charges lorsque deux personnes s'échangeaient des objets. Cette règle a ensuite été étendue au XXVIIIème siècle aux courses de chevaux en appliquant des charges et des longueurs supplémentaires pour les meilleurs d'entre eux. En vérité, la notion de handicap impliquait déjà celle de compensation⁹.

Ce n'est qu'avec la loi n°2005-102 du 11 février 2005 que la France pose une définition du handicap, aujourd'hui codifiée à l'article L.114 C.A.S.F. : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Cette définition comporte deux innovations majeures. D'une part, les troubles d'origine psychique sont clairement reconnus comme handicap. Les politiques en faveur des personnes handicapées doivent désormais prendre en compte leurs besoins spécifiques. D'autre part, le handicap se comprend au regard de l'environnement de la personne, qui peut être facilitant ou au contraire empêchant.

Il y a un basculement vers une compréhension sociale du handicap, directement inspirée de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé [C.I.F.] adoptée 2001 par l'Organisation Mondiale de la Santé [O.M.S.]¹⁰. La loi impose dès lors un principe d'accessibilité généralisée (accès au cadre bâti mais aussi à la citoyenneté et à l'emploi par exemple), qui se traduit par la mise en œuvre de mécanismes de compensation.

- B) Des institutions et des prestations au service de l'ensemble du projet de vie de la personne handicapée

⁹ Eléments extraits de BLAISE J.-L., SHERLAW W. ed/, 2005, *La mise en perspective de la C.I.F.H dans la nouvelle politique de santé publique et du handicap*, Module Interprofessionnel de Santé Publique, E.N.S.P., 39 p.

¹⁰ La C.I.F. succède à la Classification Internationale du Handicap [C.I.H.], où le handicap est analysé selon trois niveaux d'expériences des troubles : la déficience, l'incapacité et le désavantage.

La loi n°102-2005 du 11 février 2005 simplifie l'ensemble des démarches des personnes handicapées en créant un guichet unique : la Maison Départementale des Personnes Handicapées [M.P.H.]. Constituée sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public [G.I.P.], elle regroupe principalement des fonctionnaires territoriaux et d'Etat. La M.D.P.H. intègre une équipe pluridisciplinaire chargée de l'évaluation du handicap de la personne et des besoins de compensation¹¹. Cette évaluation donne lieu à un plan de compensation qui doit tenir compte d'une notion nouvelle, le projet de vie, défini par la personne handicapée et éventuellement par son entourage¹².

Le plan de compensation et le projet de vie sont ensuite soumis à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées [C.D.A.P.H.], qui se substitue à la Commission d'Orientation Techniques et de Reclassement Professionnel [C.O.T.O.R.E.P.] et à la Commission Départementale d'Education Spéciale [C.D.E.S.]¹³. La C.D.A.P.H. se prononce sur l'ensemble des droits de la personne handicapée, notamment en matière de prestations et d'orientation¹⁴. Elle définit la Prestation de Compensation du Handicap [P.C.H.], qui, contrairement à l'ancienne Allocation Compensatrice pour Tierce Personne [A.C.T.P.], n'est pas uniquement une aide financière mais peut ouvrir des droits en terme d'aides humaines, matérielles, techniques et animalières¹⁵.

L'enjeu de l'orientation et des mesures prononcées par la C.D.A.P.H. est de permettre une insertion sociale et également professionnelle des personnes handicapées. La réforme des conditions d'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé [A.A.H.]¹⁶, inscrite dans le prolongement de la loi n°102-2005, traduit cette dernière dimension. Toute demande d'A.A.H. (dans le cadre d'une première demande ou de son renouvellement) doit systématiquement donner lieu à une étude en vue de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé [R.Q.T.H.] par l'équipe pluridisciplinaire de la M.D.P.H. et à une orientation prononcée par la C.D.A.P.H. Ainsi, au niveau national, les équipes des M.D.P.H. ont traité plus de 293 900 demandes de R.Q.T.H., représentant plus de 17% des demandes, et plus de 179 500 demandes d'orientation professionnelle, soit 10.4%

¹¹ Cf. article L.146-8 C.A.S.F.

¹² Article L.114-1-1 al. 3 C.A.S.F. : «*Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis* ».

¹³ Cf. article L.241-5 et suivants C.A.S.F. La COTOREP concernait les adultes handicapés et la C.D.E.S. était compétente pour les enfants jusqu'à 20 ans.

¹⁴ Article L.146-9 C.A.S.F.

¹⁵ Article L.245-3 C.A.S.F.

des demandes. L'évaluation des capacités professionnelle et l'orientation professionnelle représentent près de la moitié de l'activité des M.D.P.H.¹⁷. L'insertion professionnelle, en milieu ordinaire mais également en milieu protégé, s'impose comme une préoccupation très forte des pouvoirs publics et comme une question centrale de l'action médico-sociale.

1.1.2 L'offre d'établissements et services médico-sociaux : parcours « ordinaire » d'un travailleur handicapé d'E.S.A.T.

La prise en charge des travailleurs handicapés ne pouvant intégrer le milieu ordinaire de travail repose sur une offre traditionnelle d'établissements et de services médico-sociaux.

A) Une offre médico-sociale de l'enfance à la cessation d'activité

Les travailleurs en situation de handicap psychique et intellectuel connaissent souvent un parcours institutionnel similaire.

a) *L'enfance et l'adolescence : l'I.M.E. et la SIFPro*

Avant leur intégration en E.S.A.T., la plupart des travailleurs handicapés déficients intellectuels ont fréquenté un IMPro, aujourd'hui appelée SIFPro¹⁸. Ce sont des sections d'enseignement créées par les I.M.E.¹⁹ afin « d'assurer un complément de connaissance et une formation professionnelle pour les jeunes de 14 à 20 ans en vue d'une insertion dans le milieu ordinaire » et surtout « dans le milieu protégé »²⁰, c'est-à-dire en E.S.A.T. Les jeunes accueillis en SIFPro peuvent faire des stages en milieu protégé permettant d'évaluer leurs capacités et leur motivation.

¹⁶ Il s'agit d'une prestation financière définie aux articles L.821-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale [C.S.S.].

¹⁷ BLANC P. et JARRAUD – VERGNOLLE A., 2009, *Rapport d'information n° 485 fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur le bilan des maisons départementales des personnes handicapées*, présenté au Sénat le 24 juin 2009, 108 p., p. 21 à 23.

¹⁸ Depuis le Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 9 mars 1956 modifié, on ne parle plus d'IMPro mais de Section d'Initiation et de première Formation Professionnelle [SIFPro]. Mais la première appellation d'IMPro demeure en usage.

¹⁹ Les I.M.E. sont des établissements médico-sociaux définis à l'article D.312-11 C.A.S.F.. Ils accueillent les enfants de 3 à 20 ans présentant des déficiences intellectuelles (s'accompagnant ou non de troubles tels que les troubles du langage ou du comportement par exemple) dans un objectif éducatif, pédagogique et thérapeutique. L'article D.312-15 C.A.S.F. prévoit que les I.M.E. peuvent créer des sections d'enseignement professionnel intégrant l'initiation et la première formation professionnelle pour les adolescents déficients intellectuels.

Les travailleurs dont le handicap est d'origine psychique, quant à eux, n'ont pas nécessairement été scolarisés en I.M.E. mais ont bénéficié d'une prise en charge essentiellement sanitaire.

b) *La période d'activité : l'E.S.A.T., le foyer d'hébergement, le S.A.M.S.A.H., le S.A.V.S.*

Au niveau professionnel, les personnes handicapées reconnues travailleurs handicapés par la C.D.A.P.H. ayant une capacité de travail inférieure à un tiers²¹ sont accueillis à partir de vingt ans (exceptionnellement à partir de seize ans)²² dans des E.S.A.T., qui se sont substitués en 2005 aux Centre d'Aide par le Travail [C.A.T.]. Les E.S.A.T. mettent en œuvre des activités à caractère professionnel (blanchisserie, conditionnement, espaces verts par exemple) et un soutien médico-social et éducatif aux travailleurs handicapés « *en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social* »²³. Les travailleurs handicapés, qui sont usagers de l'E.S.A.T., bénéficient d'un contrat de soutien et d'aide par le travail prenant en compte leurs besoins et leurs attentes et d'une rémunération garantie déterminée par référence au salaire minimum de croissance²⁴. Ils disposent de droits tel que le droit à congés rémunérés²⁵.

Au niveau social et familial, les travailleurs handicapés peuvent demeurer au sein de leur famille, en logement autonome ou dans un foyer d'hébergement. Relevant de la compétence des Conseils Généraux en matière d'autorisation et de tarification, les foyers d'hébergements accueillent des personnes handicapées travaillant la journée en milieu ordinaire, en Entreprise Adaptée [E.A.]²⁶ ou en E.S.A.T. Une équipe de travailleurs sociaux assure l'encadrement des travailleurs handicapés le soir et les fins de semaine.

En outre, les travailleurs handicapés peuvent bénéficier de l'intervention d'un Service d'Accompagnement Médico-Sociale pour Adultes Handicapés [S.A.M.S.A.H.] ou d'un

²⁰ Guide Néret : *Droit des personnes handicapées*, 2008, édition Groupe Liaisons, 295 pages, p.73.

²¹ Article R.243-1 C.A.S.F., sauf si un « *besoin d'un ou de plusieurs soutiens médicaux, éducatifs, sociaux, psychologiques le justifie et ne peut être satisfait par une orientation vers le marché du travail* » (article R.243-3 C.A.S.F.).

²² Article R.344-6 C.A.S.F.

²³ Article L.344-2 C.A.S.F.

²⁴ Article L.243-4 et L.311-4 C.A.S.F.

²⁵ Articles R.243-12 et R.243-13 C.A.S.F.

²⁶ Anciennement dénommées «ateliers protégés », les entreprises adaptées sont des entreprises du milieu ordinaire employant au moins 80% de travailleurs handicapés.

Service d'Accompagnement à la Vie Sociale [S.A.V.S.]²⁷. Ils ont tous deux vocation à «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 »²⁸. Les S.A.M.S.A.H interviennent lorsque des soins sont nécessaires²⁹.

c) *La cessation d'activité : le foyer de vie, l'E.H.P.A.D.*

Les travailleurs handicapés de moins de soixante ans qui cessent leur activité (en raison de l'évolution de leur handicap, de circonstances médicales par exemple) ont la possibilité d'être accueillis en foyers de vie (appelés aussi foyers occupationnels). Ces foyers proposent un accompagnement médico-social aux personnes handicapées n'ayant pas ou plus les capacités de travailler mais ayant « une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes : activités ludiques, éducatives, ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale »³⁰. Ils fonctionnent en externat ou en internat. La personne handicapée peut s'y rendre à temps complet ou de manière séquentielle.

Les travailleurs handicapés de plus soixante ans disposent des mêmes droits que les personnes âgées. Ils peuvent à ce titre être accueillis en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes [E.H.P.A.D.]³¹. Peu d'E.H.P.A.D. disposent cependant d'un accompagnement dédié aux personnes handicapées vieillissantes³² ; aucun service d'E.H.P.A.D. de ce type n'est installé dans le Val d'Oise.

B) *Panorama des I.M.E., des E.S.A.T. et des foyers de vie dans le Val d'Oise*

En 2009, le département du Val d'Oise comptait 20 E.S.A.T. correspondant à 1755 places autorisées et financées, dont 1690 installées. Le taux d'équipement est de 2.67, ce qui est

²⁷ Les S.A.M.S.A.H. et les S.A.V.S. ont été créés par la loi n°2005-102 du 11 février 2005. Ils sont régis par le Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, J.O.R.F. n°61 du 13 mars 2005, p. 4348 (codifié aux articles D.312-162 et suivants du C.A.S.F.)

²⁸ Article D.312-162 C.A.S.F. Les S.A.V.S. relèvent de la compétence du Conseil Général.

²⁹ Article D.312-166 C.A.S.F. Les S.A.M.S.A.H. sont financés par le Conseil Général et par des crédits d'assurance maladie pour le forfait global de soins.

³⁰ Guide Néret, 2008, *op. cit.*, p.119.

³¹ Article L313-12 C.A.S.F. : les E.H.P.A.D. sont les établissements hébergeant des personnes âgées et ayant passé une convention tripartite pluriannuelle avec le Conseil Général et l'Etat .

³² DOHY A. ed/, 2007, *Personnes Handicapées Vieillissantes : le défi de l'accompagnement*, Direction(s) n°44 septembre 2007, p.22 à 29.

supérieur à la moyenne régionale (2.43). Les E.S.A.T. ne sont toutefois pas recensés par type de handicap. Il est donc difficile d'établir la part des travailleurs en situation de handicap psychique et intellectuel accueillis dans le Val d'Oise.

En amont de l'E.S.A.T., le Val d'Oise dispose d'un taux d'équipement en I.M.E. de 4.588, ce qui est inférieur à la moyenne régionale (4.93). Cela présente 1554 places financées, dont 1511 installées. Parmi les places financées, 72% sont dédiées exclusivement à la prise en charge de handicaps d'origine mentale (déficiences intellectuelles, autisme, T.E.D., T.C.C.).

En aval de l'E.S.A.T., 21 établissements offrent 552 places de foyer de vie, dont 365 places d'internat.

Le lien entre le nombre de places en I.M.E., E.S.A.T., foyers d'hébergement et foyers de vie n'est pas nécessairement mécanique.

C) Une coordination de l'offre médico-sociale à rechercher

La politique en faveur des personnes en situation de handicap est animée sur un territoire essentiellement par les collectivités territoriales et par les services déconcentrés de l'Etat. Le Conseil Général, devenu chef de file de l'action sociale, a compétence sur un certain nombre d'établissements et services médico-sociaux précités (foyers d'hébergement, foyers de vie, S.A.V.S. par exemple). Il définit ses propres priorités d'action au sein d'un schéma départemental³³.

L'Etat est également compétent en matière d'autorisation et de tarification de nombre d'établissements et services médico-sociaux (I.M.E., E.S.A.T., S.A.M.S.A.H. par exemple). L'outil privilégié afin de planifier l'action médico-sociale sur le territoire, outre le Schéma régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale [S.R.O.S.MS.], est le P.R.I.A.C. Cependant, cette projection ne concerne pas les E.S.A.T. - ils ne bénéficient pas de crédits délégués à l'Etat par l'assurance maladie, ce qui peut compliquer la recherche d'une adéquation entre les places autorisées en I.M.E. et en E.S.A.T.

Aujourd'hui, la concertation continue entre les services de la D.D.A.S.S. et du Conseil Général apparaît comme une nécessité incontournable. Pour des associations du Val d'Oise, l'offre d'établissements médico-sociaux telle qu'elle est conçue ne suffit pas à

³³ Articles L.312-4 et L.312-5 C.A.S.F.

garantir une sécurité et une fluidité dans le parcours des travailleurs déficients handicapés intellectuels et psychiques. La création d'établissement de prise en charge intermédiaire doit pallier cette insuffisance.

1.2 Les établissements de prise en charge intermédiaire : présentation d'une démarche innovante dans le Val d'Oise

Le S.I.A.M.A.T. et le C.I.T.L., autorisés en 2008, proposent un accompagnement qualifié d'intermédiaire innovant pour le département du Val d'Oise.

1.2.1 Régime juridique des établissements de prise en charge intermédiaire

Le C.I.T.L. et le S.I.A.M.A.T. sont des établissements médico-sociaux relevant du Code de l'Action Sociale et des Familles [C.A.S.F.].

A) Régime d'autorisation et de tarification

Tant le C.I.T.L. et le S.I.A.M.A.T n'ont pas été ouverts à titre expérimental³⁴ mais ont reçu un avis positif du C.R.O.S.M.S. au titre de l'article L.312-1-I al. 7 du C.A.S.F. Cet article, pris en application de la loi n°2002-02 du 2 janvier 2002³⁵, dispose : « *Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert* ». Un établissement de prise en charge intermédiaire est donc considéré comme un établissement médico-social du fait des missions mises en œuvre.

³⁴ Cela peut paraître surprenant étant donné la nature innovante de ces trois établissements pour le Val d'Oise. Selon nous, c'est la nécessité de donner une visibilité financière à l'A.P.E.D. l'Espoir, association gestionnaire du S.I.A.M.A.T., qui a été déterminante pour écarter le régime spécifique des établissements de nature expérimental. En effet, le projet de S.I.A.M.A.T. s'inscrit dans un plan pluriannuel majeur d'investissement et de restructuration touchant le foyer d'hébergement et les deux E.S.A.T. de l'association.

³⁵ Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, J.O.R.F. du 3 janvier 2002, page 124.

En matière tarifaire et budgétaire, le C.I.T.L. et le S.I.A.M.A.T. relèvent de la compétence exclusive du Conseil Général au titre de l'article L.314-1 C.A.S.F.

Ainsi, comme tous les établissements et services financés par le Conseil Général, il n'y a pas de catégorie juridique propre aux établissements de prise en charge intermédiaire, comme cela existe pour les E.S.A.T. par exemple. Les associations gestionnaires sont donc libres d'organiser la prise en charge des personnes selon leur projet d'établissement, dans le respect des dispositions légales et réglementaires.

B) Orientation en établissement de prise en charge intermédiaire

Bien que les établissements de prise en charge intermédiaire accueillent des travailleurs handicapés, la R.Q.T.H. ne donne pas un droit d'accès automatique aux prestations délivrées dans ces établissements. Conformément à l'article L.146-9 C.A.S.F., les personnes handicapées doivent bénéficier d'une orientation de la C.D.A.P.H. Cette orientation est donc double : elle porte sur un E.S.A.T. et sur un établissement de prise en charge intermédiaire.

Les projets présentés en C.R.O.S.M.S. du S.I.A.M.A.T. et du C.I.T.L. prévoient que cette décision de la C.D.A.P.H. donnera lieu à une durée prévisionnelle de séjour dans le cadre du plan de compensation du handicap. Les fréquences d'accueil en établissement de prise en charge intermédiaire et en E.S.A.T. seront par la suite déterminées par le contrat de séjour et par le contrat d'aide et de soutien par le travail.

1.2.2 L'accompagnement mis en œuvre en établissements de prise en charge intermédiaire

Le S.I.A.M.A.T. et le C.I.T.L. ont un fonctionnement similaire. L'accompagnement proposé est toutefois adapté au type de handicap visé.

- A) Le C.I.T.L. de l'A.P.A.J.H. 95 : une nouvelle réponse médico-sociale pour les travailleurs handicapés psychiques

L'A.P.A.J.H. gère au niveau national plus de 600 établissements et services médico-sociaux et emploie plus de 14000 salariés³⁶. Dans le Val d'Oise, le Comité départemental de l'A.P.A.J.H. est responsable 18 établissements et services, représentant une fille active de 1600 personnes. A son initiative, le C.I.T.L. sera créé sous la forme d'un accueil de jour de 18 places situé au sein de l'E.S.A.T. Pierre Mondoloni à Gonesse.

a) *Personnes accueillies au C.I.T.L.*

Le C.I.T.L. vise à maîtriser les flux entrant et sortant de deux E.S.A.T. accueillant des travailleurs handicapés psychiques gérés par l'association, et à faire le lien avec les établissements sanitaires tel que le Centre Hospitalier [C.H.] de Gonesse. Selon le rapport présenté en C.R.O.S.M.S., le C.I.T.L. doit permettre de « *répondre aux besoins des personnes pour qui la maladie mentale ne permet plus le maintien dans une activité productive en milieu protégé ou ordinaire, notamment en raison de leur âge avancé, ou qui ne sont pas encore prêtes à y accéder* ». La direction sera commune au C.I.T.L. et à l'E.S.A.T.

b) *Organisation de l'accompagnement en C.I.T.L.*

Deux demi-journées de travail hebdomadaire en atelier de production sont prévues dans les prestations servies par le C.I.T.L. Les autres activités proposées par la structure sont des activités à vocation culturelle, manuelle, et d'insertion sociale. Quatre ateliers sont organisés chaque semaine : un atelier dit « créatif » (activités manuelles et artistiques), un atelier dit « d'intérieur » (cuisine, ménage), un atelier dit « productif » en lien avec l'E.S.A.T. (travaux manuels d'extérieur et d'intérieur), et un atelier dit « corporel » (relaxation, sport, zoothérapie par la pratique de l'équitation). Le dernier jour de la semaine est réservé aux activités sociales individuelles, tournées vers une plus grande autonomie au quotidien (par exemple, connaître les administrations intervenant dans le champ du handicap, appréhender la gestion de l'argent).

L'originalité du C.I.T.L. réside dans l'importance conservée par la dimension thérapeutique. La convention passée entre l'E.S.A.T. et une structure associative émanant du C.H. de Gonesse a été élargie au C.I.T.L. L'un des apports notables qui en résulte est la participation d'un cadre infirmier de l'Hôpital Psychiatrique de Gonesse

³⁶ L'A.P.A.J.H. entend s'ouvrir sur l'extérieur, interview de J.-L. GARCIA, Président de l'A.P.A.J.H., Réadaptation n°557, février 2009, p.14 à 16.

chaque semaine aux synthèses relatives à la prise en charge des personnes handicapées au sein de l'E.S.A.T. et du C.I.T.L.

- B) Le S.I.A.M.A.T. de l'A.P.E.D. l'Espoir : une structure intégrée à l'E.S.A.T. pour les travailleurs déficients intellectuels

Créé en 1964, l'A.P.E.D. l'Espoir intervient essentiellement dans le champ du handicap mental. Elle gère cinq établissements et services médico-sociaux dans le Val d'Oise, dont le plus important E.S.A.T. du département (120 places autorisées).

- a) *Origines de la création S.I.A.M.A.T.*

L'A.P.E.D. l'Espoir a observé une importante fatigabilité des travailleurs handicapés, liée au fait que les personnes en situation de handicap intellectuel ont vu leur espérance de vie progresser ces dernières années. Les couper brusquement de l'E.S.A.T., où ils ont leurs repères et leurs rituels, mais aussi où ils sentent valoriser par le travail qu'ils accomplissent, peut constituer un risque pour leur équilibre. En outre, certains se refusent à intégrer une structure type foyer de vie, parce qu'ils se seraient devenus « inutiles » ou parce qu'ils redoutent la proximité avec des personnes plus lourdement handicapées.

D'un autre côté, certains jeunes travailleurs handicapés ne peuvent immédiatement exercer un emploi à temps plein. Ils ont besoin un temps d'adaptation au travail en atelier, par exemple pour développer leur dextérité ou pour maintenir et renforcer leurs acquis. Situé sur le même site que l'E.S.A.T. à Persan, le S.I.A.M.A.T. permettrait de gérer en douceur ces moments de transition dans la vie des travailleurs handicapés.

- b) *Organisation de l'accompagnement au S.I.A.M.A.T.*

Selon la présentation faite par le directeur de l'E.S.A.T. l'Espoir (également futur Directeur du S.I.A.M.A.T.), le S.I.A.M.A.T. connaîtra deux types de flux : un flux ascendant et un flux descendant. Le premier flux ascendant concerne l'accueil des jeunes adultes handicapés, le plus souvent sortant de SIFPro. Le second flux est qualifié de descendant car il concerne l'accompagnement des travailleurs handicapés d'E.S.A.T. vieillissants. Deux groupes seront donc constitués au sein du S.I.A.M.A.T. : un groupe intégratif et un groupe de maintien.

Les activités proposées par le S.I.A.M.A.T. sont de deux ordres : un accompagnement collectif et un accompagnement individuel. L'accompagnement collectif vise à favoriser le développement des acquis et des gestes professionnels (calcul, lecture par exemple) et donne lieu à des activités de type développement corporel (gymnastique douce et travail de coordination et d'équilibre), d'expression et de scolarisation. Les activités se dérouleront dès que possible à l'extérieur, afin de permettre aux personnes handicapées de mieux appréhender l'environnement extérieur. L'accompagnement qualifié de « *très individuel* » par le projet associatif se fait en fonction du projet de vie de la personne handicapée. Il peut donner lieu à des soutiens spécifiques en fonction des besoins de la personne. L'accompagnement individuel nécessite une importante sollicitation du réseau de l'association et de l'E.S.A.T. afin de faire appel à un panel de professionnels (psychiatres, psychomotriciens, ergothérapeutes notamment). Lorsque cela est possible et souhaitable, l'accompagnement individuel peut prendre la forme d'un petit groupe d'usagers.

Enfin, afin d'assurer son suivi, la personne accueillie a deux référents : un professionnel référent S.I.A.M.A.T. et un moniteur d'atelier correspondant au sein de l'E.S.A.T. ,qui travaillent en collaboration.

Pour autant, si l'accompagnement des usagers est très détaillé, les projets de création du S.I.A.M.A.T. et du C.I.T.L ne semblent encore avoir mesurer toute la complexité à venir dans le lien qui les unie aux E.S.A.T. Nos différentes lectures nous enseignent que ce type d'accompagnement était connu dans d'autres départements sous le vocable « section adaptée » ou « section de temps de travail aménagé »³⁷ des C.A.T. L'absence jusqu'alors du développement des établissements de prise en charge intermédiaire dans le Val d'Oise est peut-être à rechercher du côté des interrogations que suscitent encore un tel accompagnement.

³⁷ Cf. pour illustration CZAJKOWSKI R., 1995, *Promouvoir la création d'une section de travail aménagé dans l'intérêt de certains adultes handicapés de C.A.T.*, Mémoire en vue de l'obtention du C.A.F.D.E.S., éd. E.N.S.P., 72 pages.

2 Les établissements de prise en charge intermédiaire dans le Val d'Oise, une démarche non achevée

Structures innovantes pour le Val d'Oise au regard des autres départements d'Ile-de-France et des départements limitrophes, les établissements de prise en charge intermédiaire propose un accompagnement qui ne semble pas encore pleinement abouti. L'expérience des C.I.T.L. dans le département des Hauts-de-Seine doit permettre d'attirer l'attention des associations gestionnaires et des acteurs institutionnels sur les limites possibles d'une telle prise en charge.

2.1 L'accompagnement intermédiaire en Ile-de-France et dans les départements limitrophes, une offre encore trop peu lisible

Afin de savoir si le C.I.T.L. et le S.I.A.M.A.T. sont une exception du département du Val d'Oise, il est apparu pertinent de dresser un panel de l'offre d'accompagnement intermédiaire en Ile-de-France et dans les départements limitrophes au Val d'Oise. L'étude a ensuite été affinée dans le département des Hauts-de-Seine, qui dispose d'un nombre important de C.I.T.L.

2.1.1 Présentation de la démarche de l'enquête quantitative

Notre enquête consistait à dresser un portrait quantitatif des établissements de prise en charge intermédiaire Ile-de-France et dans les départements de l'Eure et de l'Oise. Cette démarche répondait à un questionnement à deux niveaux. D'une part, les résultats de l'étude aurait pu permettre de prendre la mesure d'un éventuel retard du Val d'Oise dans ce mode d'accueil ou bien de poser le département comme innovant dans l'accompagnement intermédiaire. D'autre part, si l'enquête concluait à un maillage important en structures d'accompagnement intermédiaire, la question de la fuite des usagers vers les autres départements devait être soulevée.

2.1.2 L'accompagnement intermédiaire, une compréhension différente d'un département à l'autre

Les divers échanges au cours de l'enquête ont révélé la complexité de la problématique. La difficulté majeure rencontrée lors de la présentation de l'objet de notre démarche a été d'expliquer ce qu'est un établissement de prise en charge intermédiaire – sauf dans les Hauts-de-Seine. En effet, l'absence de terme unique pour désigner ces établissements, tel que cela existe pour les établissements relevant de la compétence de l'Etat (E.S.A.T., I.M.E., par exemple), amène à les définir par leurs missions.

Or, il ressort des réponses obtenues que les établissements de prise en charge intermédiaire recouvre des réalités très différentes d'un département à l'autre .

- Certains Conseils Généraux (Essonne, Val-de-Marne) disposent d'une catégorie générique appelée « accueil de jour ». Cette catégorie ne permet pas de distinguer les établissements d'accueil à long terme de type « foyer de vie » et les établissements d'accueil transitoire.
- Un Conseil général, celui de Seine-Saint-Denis, identifie clairement parmi ces accueils de jour les établissements de prise en charge intermédiaire. La dénomination adoptée est « section d'accueil de jour » d'E.S.A.T.
- Un Conseil général, celui des Hauts-de-Seine, a recensé tous ces établissements d'accueil intermédiaire sous le terme de C.I.T.L., sans distinguer ceux qui sont adossés à un E.S.A.T. de ceux qui fonctionnent en autonomie.
- Enfin, dans l'Eure, aucun établissement tendant à un accompagnement transitoire n'est implanté³⁸.

2.1.3 Une absence d'attraction des résidents du Val d'Oise dans les C.I.T.L. des Hauts-de-Seine

L'enquête a révélé que la majorité des C.I.T.L. se trouvent dans les Hauts-de-Seine. Ce département est desservi par la même ligne ferroviaire que le département du Val d'Oise, ce qui pose la question de l'attractivité de ces C.I.T.L pour les Val d'Oisiens. Les échanges avec le Conseil général des Hauts-de-Seine nous permettent de dire que les personnes en situation de handicap accueillies dans les C.I.T.L., rattachés ou non à un E.S.A.T., sont majoritairement originaires des Hauts-de-Seine. Une grande partie des usagers des C.I.T.L. résident également dans les départements limitrophes, Paris et les Yvelines. Enfin, d'autres personnes vivent en Seine-Saint-Denis et dans le Val d'Oise, mais il s'agit là d'une donnée à la marge.

³⁸ Voir résultats de l'enquête en annexe 3.

2.1.4 Conclusions de l'enquête

Trois éléments de conclusion ressortent de cette enquête quantitative.

En terme de besoins, les C.I.T.L. des Hauts-de-Seine ne semblent pas pallier un besoin d'accompagnement intermédiaire des personnes en situation de handicap du Val d'Oise.

En terme d'offre, l'enquête menée, si elle n'a pas complètement permis de dresser le panel de l'offre d'accompagnement intermédiaire, permet de mesurer l'hétérogénéité des établissements d'accueil de jour. Cette hétérogénéité couplée à l'absence de vocabulaire partagé pour désigner les établissements d'accueil intermédiaire conduit à un manque certain de lisibilité pour les professionnels, pour les acteurs institutionnels et surtout pour les usagers et leurs familles.

Enfin, à l'exception de la D.D.A.S.S. des Hauts-de-Seine, les services de l'Etat, que nous avons contactés, n'ont pas ou peu de visibilité sur les établissements de prise en charge intermédiaire.

2.2 L'observation des C.I.T.L. dans le département des Hauts-de-Seine, un succès relatif couvrant des modes d'accueil différents

Le département des Hauts-de-Seine dispose de 24 établissements (représentant 596 places installées) uniformément dénommés C.I.T.L. Nous avons donc sollicité le Conseil Général des Hauts-de-Seine : trois points abordés au cours de l'entretien méritent d'être particulièrement développés.

2.2.1 L'histoire des C.I.T.L. dans les Hauts-de-Seine : une évolution liée à la reconnaissance des compétences des collectivités territoriales en matière médico-sociale

Avant la première vague de décentralisation dans les années 1980, les premiers C.I.T.L. créés dans les Hauts-de-Seine sont rattachés à des E.S.A.T. Situés sur le même site que les ateliers de production, ils constituent un sas d'entrée à destination des jeunes en situation de handicap et un sas de sortie à destination des travailleurs handicapés vieillissants ne pouvant plus exercer une activité à temps plein.

Cependant, le contexte administratif et politique de la fin des années 2000 est différent : l'acte I et l'acte II de la décentralisation ont confirmé les collectivités territoriales dans leur compétence en matière sociale et médico-sociale. Le partage de compétences entre l'Etat

et les collectivités territoriales induit de nouvelles dynamiques et de nouvelles manières de travailler risquant de complexifier le développement d'une structure relevant de la compétence du Conseil général au sein d'un établissement, l'E.S.A.T., dont l'autorité de contrôle et de tarification est exclusivement l'Etat.

Preuve en est que les C.I.T.L. créés dans les Hauts-de-Seine postérieurement à la décentralisation se sont développés de manière autonome par rapport aux E.S.A.T. Ils sont qualifiés de C.I.T.L. à vocation occupationnelle. A l'origine, Ce sont des établissements assimilables à des foyers de vie ou à des foyers occupationnels qui proposent un accueil de jour sans hébergement pour les personnes inaptes au travail. Toutefois, certains C.I.T.L. à vocation occupationnelle proposent pour certains de leurs usagers un accompagnement proche de celui mis en œuvre par les autres C.I.T.L., dès lors qu'ils travaillent en collaboration avec un ou plusieurs E.S.A.T.

2.2.2 Une explication de l'émergence des C.I.T.L. à rechercher dans le type de déficiences prises en charge ?

Les personnes accueillies au sein des C.I.T.L. dans les Hauts-de-Seine doivent être âgées d'au moins 20 ans – sauf dérogation particulière. La limite d'âge pour les travailleurs handicapés vieillissants et les personnes inaptes au travail accueillies dans les C.I.T.L. à vocation occupationnelle est fixé à 60 ou à 65 ans selon le projet d'établissement. Comme dans le Val d'Oise, les personnes doivent avoir une double orientation de la C.D.A.P.H. en C.I.T.L. et en E.S.A.T., sauf orientation dans un C.I.T.L. à vocation occupationnelle.

La grande majorité des C.I.T.L. des Hauts-de-Seine accompagnent des personnes en situation de handicap intellectuel, incluant parfois quelques travailleurs handicapés psychiques. Contrairement au projet de création du C.I.T.L. dans le Val d'Oise, aucun C.I.T.L. dans les Hauts-de-Seine ne leur est spécifiquement dédié. Pour le Conseil Général, la plupart des personnes en situation de handicap psychique ne nécessitent pas de mettre en œuvre ce type d'accompagnement. Elles travaillent dans des E.S.A.T. ayant une convention avec un centre hospitalier spécialisé, notamment celui de Villejuif. Le secteur sanitaire constitue alors une soupape de sécurité dès que le travail en E.S.A.T. à temps plein n'est pas encore ou plus possible, ou lorsque l'équilibre du travailleur est fragilisé. Comme mentionné dans la première partie de nos développements, l'E.S.A.T. de l'A.P.A.J.H. dans le Val d'Oise dispose de ce même type de partenariat avec le C.H. de Gonesse. Pourtant, cette réponse sanitaire leur est apparue insuffisante.

En tout état de cause, la volonté de prendre en charge les déficiences intellectuelles semble expliquer l'émergence des C.I.T.L. dans les Hauts-de-Seine. En effet, malgré les services à disposition des personnes en situation de handicap, S.A.M.S.A.H. ou S.A.V.S., les travailleurs handicapés et leurs familles expriment un besoin d'accompagnement encore plus individualisé. En outre, selon le Conseil Général, les S.A.V.S. et les S.A.M.S.A.H. sont perçues par les familles comme réservés à des personnes relativement autonomes. Leur offre ne semble pas adaptée aux jeunes travailleurs ou aux travailleurs vieillissants en situation de handicap intellectuel.

Pour autant, le lien de cause à effet entre une inadaptation ressentie de la réponse apportée de S.A.V.S. et de S.A.M.S.A.H. et l'émergence des C.I.T.L. dans les Hauts-de-Seine n'est évident à établir. Les C.I.T.L., quelque soit leur date de création et quelque soit leur vocation, couvrent un champ différents des S.A.V.S. et des S.A.M.S.A.H. En effet, malgré une dimension professionnelle, les S.A.V.S. et les S.A.M.S.A.H. interviennent sur l'ensemble du projet de vie de la personne handicapée. Mais les C.I.T.L., bien qu'ayant aussi une dimension sociale, visent essentiellement à la motricité et au maintien des acquis. Bien plus, le C.I.T.L. n'autorise pas d'intervention directe dans le milieu de vie de la personne.

2.2.3 Evolution des C.I.T.L. dans les Hauts-de-Seine, une vocation de plus en plus occupationnelle

L'évolution des C.I.T.L. dans le départements des Hauts-de-Seine est intrinsèquement liée au contexte économique qui influe l'activité commerciale des E.S.A.T.

A) Une sur exploitation des C.I.T.L. en contexte économique favorable

Dans les années 1970 et 1980, les E.S.A.T., qui connaissaient une période de forte activité, accueillaient facilement des jeunes pour leur apprentissage. Mais cette période faste a pu conduire à des dérives dans l'exploitation des C.I.T.L. : lorsque les E.S.A.T. ne parvenaient à suivre la cadence des commandes, des travaux ont été sous-traités en C.I.T.L. L'argument consistait à dire que le fait de confronter directement les jeunes usagers à l'activité de production était encore le meilleur moyen de les amener progressivement vers l'occupation d'un travail à temps plein en E.S.A.T. Certes, les usagers des C.I.T.L. ont bien la qualité de travailleurs handicapés, mais l'autorisation de fonctionnement des C.I.T.L. concerne des activités de soutien et d'accompagnement social, et non des activités de production. Ces activités sont soumises au droit du travail,

qu'il soit commun ou issu de dispositions spécifiques du Code de l'Action Sociale et des Familles (versement d'un salaire par exemple).

B) Une évolution progressive vers un accompagnement de long terme en C.I.T.L.

Aujourd'hui, le contexte économique est défavorable aux E.S.A.T. De ce fait, l'articulation entre les C.I.T.L. et les E.S.A.T. apparaît beaucoup moins fluide. Les professionnels constatent que l'insuffisance de travail freine l'accueil des plus jeunes, certains E.S.A.T. connaissant déjà des difficultés pour fournir de l'activité à leurs travailleurs.

Si l'on fait un parallèle avec les travailleurs âgés, nous pouvons craindre selon nous que certains E.S.A.T. incitent leurs travailleurs à se désengager prématurément de l'activité productive. Notre visite dans un C.I.T.L. des Hauts-de-Seine nous confirme cette tendance. D'un côté, les jeunes qui quittent le C.I.T.L. pour intégrer un E.S.A.T. sont extrêmement rares. D'un autre côté, le C.I.T.L. apparaît de plus en plus comme la soupape de secours pour les travailleurs d'E.S.A.T. qui demandent un soutien trop important ou dont le handicap influe trop sur l'humeur et sur le comportement de la personne. Dans le C.I.T.L. que nous avons visité, certaines personnes n'ont en vérité jamais quitté l'établissement tandis que d'autres ont regagné rapidement le C.I.T.L., les moniteurs d'atelier s'étant trouvés dans l'impossibilité de consacrer une attention trop soutenue à la personne au regard des contraintes de temps pour les commandes à fournir. Ces situations sont vécues comme des échecs pour les professionnels, qui remettent en cause le travail effectué au quotidien avec la personne en situation de handicap. Pour la directrice, la motivation des équipes en est très affectée. Elle confie à ce propos que les professionnels ont « *l'impression de simplement occuper les personnes handicapées sans que cela s'inscrive dans un véritable projet de vie pour la personne* ».

De même, l'accompagnement des C.I.T.L. situés dans les E.S.A.T. se fait de moins en moins pour une courte période transitoire : les C.I.T.L. évoluent également vers une activité occupationnelle. Afin de fluidifier le parcours des jeunes travailleurs handicapés, le Conseil Général des Hauts-de-Seine leur a demandé de passer des conventions avec les autres E.S.A.T. du département.

Finalement, l'étude des C.I.T.L. dans le département des Hauts-de-Seine a démontré que ces structures ont pu répondre à l'origine à un besoins des travailleurs handicapés. Leur évolution cependant fait craindre un avenir incertain : leur succès apparaît encore trop lié à l'activité commerciale des E.S.A.T.

2.3 Des problématiques persistantes dans l'accueil en structures d'accompagnement intermédiaire

L'accueil en établissement de prise en charge intermédiaire rencontre des freins aujourd'hui non résolus .

2.3.1 Un cadre financier et budgétaire à clarifier

Le cadre financier et budgétaire des établissements de prise en charge intermédiaire apparaît problématique à deux niveaux : au niveau des prestations financières en faveur des travailleurs handicapés et au niveau du cadre budgétaire de ces établissements.

A) La question du cadre financier concernant le travailleur handicapé

Si l'accueil en établissement de prise en charge intermédiaire n'entraîne pas de perte de revenus pour le travailleur handicapé, l'imbrication des statuts d'usagers et de travailleurs handicapés exerçant une activité professionnelle en E.S.A.T. risque de créer une confusion entre les différents financeurs.

a) *L'absence d'obstacle financier au travail à temps partiel*

L'une des craintes des travailleurs handicapés et de leur famille était la perte de ressources si le travailleur, du fait d'un accompagnement en établissement de type C.I.T.L., n'exerçait pas ou plus une activité à temps plein³⁹.

En effet, tout travailleur handicapé à temps plein en E.S.A.T. perçoit une rémunération garantie comprise entre 55% et 110% du S.M.IC.⁴⁰ Cette rémunération est versée

³⁹ Cette problématique de la perte de ressources liée au passage à l'activité à temps partiel a fait l'objet de nombreux développements dès lors que les E.S.A.T. ont connu des phénomènes de vieillissement et de fatigabilité parmi ces travailleurs (cf. à titre d'exemple : CHAPUIS S., 2003, *Le vieillissement des travailleurs handicapés mentaux en C.A.T. dans le département des Bouches-du-Rhône : enjeux et perspectives*, Mémoire de l'E.N.S.P., filière des I.A.S.S., 86 p. et LAMIAUX J.-M., 1998, *Vieillesse des travailleurs handicapés et recours au temps partiel dans les C.A.T. du Pas-de-Calais*, Mémoire de l'E.N.S.P., filière des I.A.S.S., 101 p.).

⁴⁰ Soit entre 4.85€ et 9.70€ brut de l'heure (au 1^{er} juillet 2009) dans la limite de la durée légale du travail (source : <http://vosdroits.service-public.fr>, consulté le 7 décembre 2009)

directement par l'E.S.A.T., qui perçoit en contrepartie une aide au poste financée par l'Etat⁴¹. L'exercice d'une activité à temps partiel, quelle qu'en soit la durée, entraîne une réduction proportionnelle du montant de cette rémunération garantie⁴².

Cette diminution ne doit pas cependant soulever de difficulté dans l'accueil en établissement d'accompagnement intermédiaire. Une disposition du C.A.S.F. prévoit que l'A.A.H. puisse venir en complément de la baisse de rémunération en cas de travail à temps partiel⁴³. La seule limite à ce que cumul serait que la personne handicapée ne remplisse pas les conditions d'ouverture de droit à l'A.A.H. En application des articles L.821-1 et L.821-2 du Code de la Sécurité Sociale [C.S.S.] relatifs aux conditions d'attribution de l'A.A.H., l'article D.821-1 du Code la Sécurité Sociale fixe le taux d'incapacité permanent à de 80%. Ce taux peut être compris entre 50% et 79% si la personne connaît une restriction substantielle et durable pour accès à l'emploi du fait de son handicap⁴⁴.

Cette hypothèse demeure cependant un cas d'école dans la mesure où les travailleurs d'E.S.A.T. répondent nécessairement à l'une de ces deux conditions, auquel cas la C.D.A.P.H. n'aurait pas proposé une orientation en milieu adapté. De plus, l'interprétation de cette condition d'attribution de l'A.A.H. fait actuellement l'objet de nombre de discussions entre la C.N.S.A. et la Direction Générale de l'Action Sociale [D.G.A.S.] afin de faire évoluer les droits des personnes handicapées dans un objectif de soutien à l'insertion professionnelle. L'accueil en établissement de prise en charge intermédiaire ne doit pas entraîner de perte de ressources pour la personne en situation de handicap.

b) Les difficultés soulevées par l'imbrication des statut d'usagers d'un établissement d'accompagnement intermédiaire et de travailleur d'E.S.A.T.

L'accompagnement en établissement de prise en charge intermédiaire parallèlement à un travail en E.S.A.T. implique que la personne en situation de handicap cumule deux statuts : à la fois celui de travailleur et celui d'usager. Si la personne en situation de

⁴¹ Article L.243-4 C.A.S.F.

⁴² Article R.243-5 C.A.S.F.

⁴³ L'article L.244-1 C.A.S.F. dispose : « Lorsque l'allocation aux adultes handicapés est versée en complément de la rémunération garantie [...], le cumul de cet avantage avec la rémunération garantie mentionnée ci-dessus est limité à des montants fixés par décret qui varient notamment selon que le bénéficiaire est marié ou vit maritalement ou est lié par un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à charge. Ces montants varient en fonction du salaire minimum de croissance prévu à l'article L. 141-4 du code du travail », après déductions des abattements prévus à l'article D.821-10 du C.S.S.

handicap ne devrait pas connaître de variation significative de ses ressources financières, les mécanismes de compensation et de paiement entre l'A.A.H. et la rémunération garantie pour les travailleurs en E.S.A.T. se trouvent affectés.

En théorie, le calcul et le versement de l'A.A.H. s'effectueront normalement dès lors que les organismes payeurs (Caisses d'Allocations Familiales [C.A.F.] et Mutualités Sociales Agricoles [M.S.A.] notamment) auront en leur possession les revenus d'activités de la personne en situation de handicap. Mais en pratique, deux difficultés risquent d'émerger.

D'une part, si le nombre de demi-journées passées en établissement de prise en charge intermédiaire sera défini en amont pour chacun des travailleurs handicapés, nous ne pouvons que penser que ce temps d'accueil ne sera pas strictement respecté, au risque de faire perdre du sens à l'accompagnement intermédiaire.

Si nous prenons l'exemple du C.I.T.L. porté par l'A.P.A.J.H., les directeurs d'E.S.A.T. rencontrés soulignent l'importance de l'adaptation quotidienne de l'accompagnement pour les personnes en situation de handicap psychique. Il s'agit d'une gestion à flux tendu, en fonction par exemple des angoisses de la personne. Il en résulte que le versement de la rémunération et de l'A.A.H. risque de ne pas correspondre strictement à la réalité.

Certes, tant l'aide au poste que le financement de l'A.A.H. proviennent de financements mis en œuvre par l'Etat. Mais la rémunération garantie pour les travailleurs handicapés en E.S.A.T. permet un accès à certains bénéfices connexes (congs, congés de présence parental, accès à la formation et Validation des Acquis de l'Expérience [V.A.E.]). Ces droits reposent parfois sur des dispositions relevant du Code du Travail impliquant un calcul à partir de l'assiette de rémunération issue de l'activité productive. Le travailleur handicapé peut ainsi être lésé dans ces droits s'ils passent plus de temps en atelier que prévu initialement. Inversement, le travailleur peut être avantagé s'il diminue son temps de travail certains jours sans que cela soit formalisé. Cette dimension doit être anticipée au risque de créer une rupture d'égalité par rapport aux autres travailleurs en E.S.A.T.

D'autre part, si l'on acte le fait que le temps d'accompagnement en structure intermédiaire de prise en charge doit être adapté en permanence pour la personne, le calcul de l'A.A.H. devra être revu à chaque fois que ces temps d'accueil diminueront ou augmenteront pour compenser la rémunération du travailleur. Or, si le versement de l'A.A.H. est bien rétroactif, le calcul par les organismes de prestations familiales peut prendre plusieurs semaines dans certains départements. La compensation par l'A.A.H. de la baisse des

⁴⁴ L'article D.821-1 du Code de la Sécurité Sociale précise alors que le demandeur de l'A.A.H. ne doit pas avoir occupé d'emploi pendant un an à la date du dépôt de dossier.

ressources issues de l'activité productive ne sera pas immédiate, ce qui implique que la personne handicapée dispose d'épargne suffisante pour faire face.

Il faut ajouter à cela un éventuel risque de trop-perçu pour la personne handicapée si l'organisme payeur a été prévenu tardivement d'une augmentation du temps de travail. Ces situations seraient préjudiciables pour la personne en situation de handicap.

B) La question du cadre budgétaire et financier

Dans le Val d'Oise, le S.I.A.M.A.T. de l'A.P.E.D. l'Espoir sera financé par une dotation annuel de fonctionnement calculée et versée par le Conseil Général. Le C.I.T.L. de l'A.P.J.H. 95 sera financé par un prix de journée versé également par le Conseil Général, comme cela est le cas pour tous les C.I.T.L. du département des Hauts-de-Seine.

Cependant, des difficultés émergeront très certainement dès lors que le C.I.T.L. et le S.I.A.M.A.T. sont situés sur le même site que des E.S.A.T. (le S.I.A.M.A.T. occupant une aile du bâtiment de l'E.S.A.T. de l'A.P.E.D. l'Espoir). Des charges seront nécessairement communes aux établissements de prise en charge intermédiaire et à l'E.S.A.T. (eau, électricité par exemple). Or, l'absence de cadre permettant de répartir les charges entre les deux financeurs que sont les services de l'Etat et le Conseil Général va nécessairement créer des tensions à deux niveaux.

Au niveau des relations entre le Conseil Général et la D.D.A.S.S., le risque est de voir émerger des discussions qui peuvent au départ être préjudiciables à un fonctionnement rationalisé des établissements de prise en charge intermédiaire.

Au niveau des E.S.A.T., le risque est de voir certaines dépenses du budget social des E.S.A.T. rejetées par les services de l'Etat au moment de l'arrêt des comptes administratifs s'il est prouvé qu'elles sont imputables à l'établissement de prise en charge intermédiaire. Cela peut créer pour eux une certaine instabilité financière liée à un flou dans l'imputabilité des charges.

Or, aucun des rapports présentés en C.R.O.S.M.S. n'envisagent des modalités de répartition de charges. Seul le projet de création du S.I.A.M.A.T. prévoit que les dépenses d'alimentation couvre la fourniture des repas par l'atelier de restauration de l'E.S.A.T. Cette question de la répartition des charges entre E.S.A.T. et C.I.T.L. a d'ailleurs constitué un frein à l'encouragement au développement d'établissements de prise en charge intermédiaire dans le département des Hauts-de-Seine.

2.3.2 Gérer l'entrée et la sortie en établissement d'accompagnement intermédiaire

Comme l'a montré l'observation menée dans les Hauts-de-Seine, l'entrée et de la sortie dans un établissement de prise en charge intermédiaire sont des flux extrêmement délicats à gérer.

A) Un objectif d'accompagnement transitoire à court terme à maîtriser

Le risque de toute prise en charge intermédiaire est le basculement vers un état durable en l'absence de garantie permettant de s'assurer que la prise en charge se fasse à court terme.

a) *Une évaluation insuffisante de la durée dans le temps de l'accompagnement*

Dans le projets de création du C.I.T.L., le temps nécessaire à l'accompagnement des travailleurs, jeunes et âgés, n'est pas véritablement détaillé. Seule est prévue une durée d'accompagnement maximale de cinq ans, ce qui semble assez longue au regard d'un projet d'accompagnement qui se veut transitoire.

Le projet de l'A.P.E.D. l'Espoir précise simplement qu'un jeune travailleur handicapé pourra être accueilli trois semaines au S.I.A.M.A.T. à l'issue d'un stage d'évaluation en E.S.A.T., et que la répartition entre S.I.A.M.A.T. et E.S.A.T. sera de 40% à 60% par lieu d'accueil.

Ces temps d'accueil en établissement de prise en charge intermédiaire sont volontairement peu spécifiés afin d'individualiser l'accompagnement des personnes. Cependant, chacun des projets de créations d'établissements d'accompagnement intermédiaire prévoit une évaluation individuelle régulière par une équipe pluridisciplinaire, afin de ne pas laisser les situations s'enliser.

b) *Une difficulté prévisible dans la gestion de la sortie*

Dès lors qu'une personne en situation de handicap sera accueillie en C.I.T.L., la problématique de la fin de l'accompagnement risque d'être posée avec acuité.

Du côté des jeunes travailleurs handicapés, des professionnels du secteur émettent plusieurs interrogations.

D'une part, il est possible que certaines personnes ne quittent jamais complètement l'accompagnement en établissement de prise en charge intermédiaire, soit parce qu'elles ne le peuvent pas, soit parce qu'elles ne le veulent pas. Si par exemple un travailleur handicapé est, à l'issue de son accompagnement en établissement de prise en charge intermédiaire, toujours dans l'impossibilité d'occuper un temps plein, il sera très difficilement acceptable pour lui d'être livré à lui-même pendant son temps libre. L'accueil intermédiaire interviendra alors à nouveau pour combler ce temps libre.

De même, il faut envisager le fait que la personne en situation de handicap trouve un intérêt et un équilibre dans le partage de son temps entre les activités de l'établissement de prise en charge intermédiaire et le travail de production. La personne risque de peu comprendre d'être privée de ces moments éducatifs, de loisirs et de détente, alors même que ses ressources à la fin du mois ne s'en trouveront pas sensiblement modifiées.

D'autre part, il est à craindre des incompréhensions de la part des autres travailleurs handicapés qui verront certains d'entre eux bénéficier d'activités de détente et de loisirs alors qu'eux devront rester en atelier de production.

Du côté des travailleurs handicapés vieillissants, l'expérience des C.I.T.L. des Hauts-de-Seine a révélé la complexité de signifier à la personne que l'on ne peut plus l'accueillir au sein de l'établissement de prise en charge intermédiaire. Même si le travailleur handicapé vieillissant ne peut plus travailler en E.S.A.T., et qu'il l'accepte, il est bien souvent très difficile pour lui de quitter ses habitudes et l'environnement de l'E.S.A.T., où il fréquente les autres travailleurs, collègues et amis. Une partie des C.I.T.L. des Hauts-de-Seine est confrontée à une « *fraction irréprouvable* » d'anciens travailleurs handicapés vieillissants n'occupant plus d'activité en E.S.A.T.

Cette problématique se pose avec acuité pour les établissements de prise en charge intermédiaire accueillant des personnes handicapées psychiques. Bien que proches de l'âge de la retraite, ils conservent une capacité physique, qui, si elle est insuffisante pour tenir un poste de travail, est encore suffisante pour participer aux activités des établissements de prise en charge intermédiaire. Ainsi, ces anciens travailleurs se refusent à intégrer des foyers de vie dans la mesure où les établissements de prise en charge intermédiaire leur offrent des activités plus diversifiées, ouvertes sur l'extérieur. Ils continuent en outre de se rendre chaque jour sur le site de l'E.S.A.T. Ils déjeunent avec leurs anciens collègues. Les moniteurs d'atelier, les professionnels de santé et le personnel administratif sont des personnes connues. Or, bien souvent, la vie des personnes dont le handicap est d'origine psychique est caractérisée par une importante ritualisation du quotidien. Le fait de continuer à venir sur le site de l'E.S.A.T., de côtoyer

des figures connues, leur permet de sécuriser leur environnement et de conserver une confiance en eux et une estime d'eux-mêmes.

c) *L'hébergement comme aide à la régulation dans les des Hauts-de-Seine*

Dans les Hauts-de-Seine, un fonctionnement original des foyers d'hébergement et de leur tarification influent la sortie des C.I.T.L. L'offre d'hébergement sur ce secteur se compose de foyers réservés aux travailleurs d'E.S.A.T. et de foyers réservés aux personnes accueillies en C.I.T.L.⁴⁵. Or, le tarif d'hébergement pour une personne accueillie en C.I.T.L. est supérieur à celui de l'hébergement des travailleurs en E.S.A.T. Par conséquent, une personne handicapée qui cumule accueil de jour en C.I.T.L. et hébergement en foyer coûte chère. Au bout d'un certain temps, si la personne n'est toujours pas en mesure de travailler en E.S.A.T., le Conseil général sollicitera le C.I.T.L. afin de remettre en cause son orientation et d'envisager une intégration en foyer de vie, moins onéreuse.

Un tel système d'hébergement différencié n'est pas transposable dans le Val d'Oise.

D'une part, le peu d'établissements de prise en charge intermédiaire ne permet pas d'envisager une structure économiquement viable réservée à l'hébergement de ces personnes accueillies, d'autant plus que le type de handicap (intellectuel et psychique) n'est pas le même et que leurs sites géographiques sont éloignés⁴⁶.

D'autre part, cette division entre foyers d'hébergement pour travailleurs et pour personnes accueillies en C.I.T.L. ne paraît pas pleinement satisfaisante. Il est vrai que si l'occupation d'un emploi en E.S.A.T. se révèle impossible pour une jeune personne handicapée, le choix d'une nouvelle orientation sera peut-être facilitée dans la mesure où elle aura moins côtoyé les autres travailleurs. Mais dans une volonté d'intégration, il serait opportun de ne pas séparer les jeunes accueillies au sein de l'établissement de prise en charge intermédiaire des autres travailleurs. On peut craindre également que le changement de lieu d'hébergement pour les travailleurs handicapés constitue un traumatisme allant à l'encontre de la volonté d'accompagner progressivement les transitions entre les différentes périodes de leur vie.

Enfin, notons que l'organisme de tarification n'a pas la légitimité pour décider de la fin d'une prise en charge. Les équipes professionnels des établissements doivent être en

⁴⁵ A noter cependant que certains foyers d'hébergement des Hauts-de-Seine sont mixtes dans la limite d'un tiers de travailleurs en E.S.A.T. et de deux tiers de personnes accueillies en C.I.T.L.

⁴⁶ Cf. carte du département en annexe 2.

mesure d'évaluer par eux-même l'évolution de la personne handicapée et de solliciter une orientation adaptée auprès de la C.D.A.P.H.

- B) Un détournement possible à terme de la mission des établissements de prise en charge intermédiaire

En période de tensions économiques, le projet d'établissement des structures de prise en charge intermédiaire peut être détourné à deux niveaux.

- a) *Le problème de l'occupation des travailleurs d'E.S.A.T. en période de faible activité*

Selon une enquête menée en juin 2009 par le Groupement d'Etablissements et Services d'Aide par le Travail et d'Entreprises Adaptées [G.E.S.A.T.]⁴⁷, sept E.S.A.T. et entreprises adaptées sur dix estiment que la crise financière a un impact sur leurs activités. Les E.S.A.T. jugent cet impact important dans 57% des cas. Ce ralentissement touche particulièrement les prestations de conditionnement traditionnellement mises en œuvre dans les E.S.A.T.

Or, dans un contexte de fortes tensions tel que celui actuellement vécu, l'évolution des C.I.T.L. des Hauts-de-Seine développée ci-dessus a démontré l'existence d'un risque d'utilisation des établissements de prise en charge intermédiaire comme un lieu de régulation. En effet, les E.S.A.T., qui demeurent des établissements médico-sociaux, ne peuvent utiliser les mécanismes classiques d'ajustements ayant cours dans le secteur privé en terme de gestion des ressources humaines⁴⁸. Autorisés pour une capacité déterminée, ils ne peuvent refuser d'accueillir des travailleurs handicapés du département orientés par la C.D.A.P.H. s'ils disposent de places vacantes⁴⁹, dans la limite du type de handicap pour lequel l'établissement a reçu une autorisation.

⁴⁷ MARO D., INIGO G., 17 juin 2009, *Les E.S.A.T. et les entreprises adaptées face à la crise*, enquête commanditée par le réseau G.E.S.A.T., 23 p.

⁴⁸ Selon l'article L.241-6 C.A.S.F., troisièmement, un établissement social ou médico-social « *ne peut mettre fin, de sa propre initiative, à l'accompagnement [d'une personne handicapée] sans décision préalable de la commission [des droits et de l'autonomie des personnes handicapées]* ». Ce principe est clairement rappelé dans la circulaire N°DGAS/3B/2008/259 du 1er août 2008 relative aux établissements et services d'aide par le travail et aux personnes handicapées qui y sont accueillies, précitée, page 4 : « *Il convient également de rappeler que l'ESAT ne peut décider, de son propre chef, de mettre un terme à l'accueil d'une ou de plusieurs personnes handicapées* ».

⁴⁹ Au terme de l'article L.241-6 C.A.S.F., troisièmement, « *la décision de la commission [des droits et de l'autonomie des personnes handicapées] prise au titre du 2° du I [relatif à l'orientation des*

Il est donc difficile pour les E.S.A.T. qui connaissent des difficultés de continuer à accueillir des personnes à qui ils ne peuvent pas véritablement fournir d'activité. Quand le travail se raréfie, on observe par exemple dans certains ateliers de conditionnement d'E.S.A.T. du Val d'Oise et des Hauts-de-Seine une tendance à diviser très fortement tous les gestes induits par l'activité productive. C'est un moyen de faire participer le maximum de travailleurs handicapés et d'accroître le temps nécessaire à la réalisation de la commande. Lorsque cette méthode atteindra ses limites en terme d'organisation du travail et d'occupation de tous les travailleurs, les établissements de prise en charge intermédiaire peuvent devenir une soupape pour les E.S.A.T.

Dès lors, la localisation d'établissements de prise en charge intermédiaire sur le même site qu'un E.S.A.T. apparaît comme une stratégie à double tranchant. D'un côté, cette proximité facilite une bonne intégration des personnes en évitant une rupture dans l'environnement géographique lorsque le travailleur handicapé intégrera définitivement l'E.S.A.T.⁵⁰. Mais d'un autre côté, il est beaucoup plus facile de solliciter l'établissement de prise en charge intermédiaire, sans en informer les autorités compétentes. Et même, au-delà des difficultés formelles en terme d'orientation et de tarification, les fondements de la prise en charge intermédiaire seront mis à mal dans la mesure où l'accompagnement ne tendra plus à soutenir le projet de vie de la personne handicapée.

b) Le risque de la sélection des travailleurs handicapés

Aujourd'hui, ainsi que le confirme nos entretiens, la question de l'employabilité préoccupe beaucoup les E.S.A.T., qui subissent parfois de fortes contraintes économiques. La question émerge d'ailleurs très fortement au niveau national : la C.N.S.A. s'interroge fortement sur l'évolution de la vocation sociale des E.S.A.T..

Dans un tel contexte, les E.S.A.T. peuvent être tentés de tirer partie de la présence d'un établissement de prise en charge intermédiaire pour sélectionner les travailleurs handicapés ou du moins pour tester indirectement leurs capacités (capacités professionnelles, facultés d'intégration sociale, lourdeur du handicap).

personnes en situation de handicap] s'impose à tout établissement ou service dans la limite de la spécialité au titre de laquelle il a été autorisé ou agréé ».

⁵⁰ Cet élément est d'autant plus important lorsque la personne en situation de handicap est peu autonome dans ses déplacements.

Il convient de souligner en premier lieu que le travailleur handicapé en milieu protégé peut être soumis à une période d'essai de six mois renouvelable une fois prévue par l'E.S.A.T. d'accueil⁵¹. Une nouvelle orientation peut être sollicitée auprès de la C.D.A.P.H. si la période d'essai n'est pas concluante, ce qui atteste de l'utilité de cette possibilité.

Néanmoins, si un directeur d'E.S.A.T. souhaite mettre un terme à l'accueil d'un travailleur en période d'essai ou accompagné en établissement de prise en charge intermédiaire, sa décision doit être signalée et justifiée auprès de la C.D.A.P.H. afin qu'elle se prononce sur une nouvelle orientation.

La question de l'employabilité de la personne souhaitant intégrer un E.S.A.T. était donc déjà présente avant même le recours aux établissements de prise en charge intermédiaire. Le risque de sélection est donc présent non pas à l'entrée de l'E.S.A.T. mais résulte de la tentation pour les E.S.A.T. de se décharger de leurs responsabilités en ayant recours aux établissements de prise en charge intermédiaire si l'accompagnement du travailleur est jugé trop lourd.

Malgré ces risques, ces établissements de prise en charge intermédiaire ont permis de porter à la connaissance des institutions, et de la D.D.A.S.S du Val d'Oise notamment, l'existence d'un besoin des travailleurs handicapés psychiques et intellectuels en terme de sécurisation de leur parcours. Les associations, les personnes handicapées et leur entourage attendent des pouvoirs publics qu'ils mesurent l'importance d'accompagner l'entrée et la sortie d'E.S.A.T. Ainsi, si les établissements de prise en charge intermédiaire trouvent finalement leur place dans le Val d'Oise, il faudra veiller à mettre en œuvre toutes les garanties nécessaires à un bon fonctionnement et à un accompagnement de qualité conformément au projet de vie de la personne. Cependant, cette réponse ne doit pas occulter la recherche nécessaire d'autres moyens pour accompagner les travailleurs en situation de handicap psychique et intellectuel dans chaque période de transition de leur vie. La création d'un établissement demeure un dispositif lourd, coûteux et long à mettre en œuvre.

⁵¹ Article 243-2 C.A.S.F.

3 L'avenir des établissements médico-sociaux de prise en charge intermédiaire dans le Val d'Oise : réformer l'existant ou ancrer l'innovant ?

L'enjeu à venir pour l'ensemble des acteurs institutionnels est de s'inscrire dans une volonté constante de répondre au plus près aux besoins exprimés par la personne en situation de handicap, ce qui implique pose la question préalable de l'évaluation . Ensuite, si le choix est fait de s'engager dans le maintien et le développement d'établissements de prise en charge intermédiaire, un cadrage devra être engagé afin de poser toutes les garanties nécessaires à un accompagnement de qualité. Enfin, la création de ces établissements ne doit pas être exclusive de la recherche d'autres modes d'accompagnement, éventuellement conçus à partir des dispositifs existants.

3.1 Evaluer les besoins des travailleurs en E.S.A.T. : un défi majeur

Les orientations de la politique en faveur des travailleurs handicapés psychiques et intellectuels dans le Val d'Oise doivent correspondre aux besoins et aux attentes des personnes et de leur entourage afin de ne pas compromettre l'évolution à long terme des établissements de prise en charge intermédiaire et de proposer une offre en établissements et services médico-sociaux adaptée.

3.1.1 Intégrer les constats à l'origine de la création des établissements de prise en charge intermédiaire

Les différentes lectures et les entretiens ont fait apparaître des évolutions majeures liées à l'environnement des travailleurs handicapés et à leurs parcours.

A) Un recentrage des E.S.A.T. sur leur mission professionnelle

Lors de la création du statut des anciens C.A.T. en tant qu'établissement médico-social suite aux loi n°75-534⁵² et n°75-535⁵³ du 30 juin 1975, ils avaient une double finalité :

⁵² Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, précitée.

procurer un emploi aux personnes handicapées ne pouvant momentanément ou durablement exercer une activité dans le milieu ordinaire ou dans le milieu protégé, et amener les travailleurs handicapés vers le milieu ordinaire ou en atelier protégé⁵⁴. Même si les C.A.T. mettaient en oeuvre des activités dites de type 1 en lien strict avec l'activité professionnelle et des activités dites de type 2 plus axées sur les loisirs, la priorité est donnée au lien aux besoins induits par l'activité professionnelle⁵⁵. Mais malgré la place laissée à ces activités de soutien, certains C.A.T. avaient ressenti le besoin de créer des sections adaptées⁵⁶. Dans le Val d'Oise cependant, la création de section adaptée n'a semble-t-il jamais donné lieu à débat, sauf dans le but d'accompagner la sortie d'E.S.A.T. vers le milieu ordinaire⁵⁷. Les E.S.A.T. du département se sont progressivement saisis de leur vocation médico-sociale pour proposer d'avantage d'activités de soutien aux travailleurs, dans un objectif de maintien de leurs acquis (acquis scolaires par exemple) et d'ouverture sur la société

Aujourd'hui cependant, les difficultés liées au contexte économique et la nouvelle distinction issue du décret n° 2006-703 du 16 juin 2006⁵⁸ entre activités de soutien à caractère professionnel (donnant droit à la rémunération garantie) et les autres activités de soutien (ne donnant pas droit à la rémunération garantie) ont pu amener les E.S.A.T. à se recentrer sur leur vocation professionnelle. Par conséquent, les E.S.A.T. proposent des activités de soutien qui sont liées avec leur intérêt économique ou avec l'objectif d'intégration des travailleurs handicapés en milieu ordinaire⁵⁹.

Cet axe fort de la vocation professionnelle des E.S.A.T. induit au niveau de l'offre médico-social une césure entre la mission d'insertion professionnelle d'une part et les missions sociales d'autre part via les S.A.M.S.A.H. et les S.A.V.S. - cela est d'autant plus vrai lorsque le Conseil Général d'un département donné ne s'est pas saisi de la thématique de l'insertion professionnelle. Bien souvent, si le S.A.V.S et l'E.S.A.T. ne sont pas gérés par

⁵³ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, précitée.

⁵⁴ Cf. circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 relative aux C.A.T.

⁵⁵ Selon la circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 précitée, le C.A.T. est une « *structure médico-sociale dispensant les soutiens requis par l'intéressé et qui conditionnent pour lui toute activité professionnelle* ».

⁵⁶ L'un des directeurs d'E.S.A.T. nous a rapporté que le projet de création d'établissement de prise en charge intermédiaire s'inspire directement des sections adaptées des E.S.A.T. du Pays de la Loire.

⁵⁷ En 1995, l'E.S.A.T. Pierre Mondolini de l'A.P.A.J.H. a créé le service d'accompagnement à l'insertion professionnelle en vue d'une intégration en milieu ordinaire temporaire ou définitive.

⁵⁸ Décret n° 2006-703 du 16 juin 2006 relatif aux établissements ou services d'aide par le travail et à la prestation de compensation et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

⁵⁹ ZRIBI G., 2008, *L'avenir du travail protégé : les E.S.A.T. dans le dispositif d'emploi des personnes handicapées*, éditions de l'E.H.E.S.P., 3^{ème} édition, 160 pages, p.53.

la même association, il y a peu de coordination entre les professionnels. Pour penser globalement le projet de vie de la personne, il faut créer du lien autour de l'utilisateur et dépasser l'organisation médico-sociale en silos. A cet égard, les créations en cours d'établissements de prise en charge intermédiaire dans le Val d'Oise sont un bon exemple d'adaptation de l'offre autour des besoins de la personne handicapée.

B) Une évolution significative des publics accueillis en E.S.A.T.

Le profil et le parcours des populations accueillies au sein des E.S.A.T. se sont beaucoup modifiées depuis 1975. Trois phénomènes doivent être pris en compte pour mener à bien les actions en vue de faciliter l'entrée et la sortie d'E.S.A.T.

a) *Une diversification des types de handicap en E.S.A.T.*

Traditionnellement, les E.S.A.T. accueillent des personnes présentant des « *profils déficitaires marqués* »⁶⁰ de type déficience intellectuelle sévère ou moyenne. Selon G. ZRIBI⁶¹, une double évolution est à l'origine de l'ouverture des E.S.A.T. à d'autres types de handicap. Il s'agit d'une part de l'ouverture de la prise en charge médico-sociale des personnes relevant initialement du seul secteur sanitaire, provoquant un afflux de demandes d'accueil en E.S.A.T. d'adultes de tous âges ayant un déficit avec des troubles psychiques associés (l'E.S.A.T. de l'A.P.A.J.H. 95 à Gonesse a d'ailleurs ouvert dans cette perspective en 1986). D'autre part, le contexte de chômage massif a conduit à une reconnaissance élargie du handicap de la part des anciennes COTOREP (actuellement C.D.A.P.H.) à des personnes ayant des déficiences légères mais présentant de grandes difficultés sociales et personnelles. Ainsi, G. ZRIBI estime à 64% la part de personnes handicapées déficientes intellectuelles et à 30% la part de personnes handicapées psychiques accueillies en E.S.A.T., dont un nombre important de personnes présentant les deux types de handicaps. Ainsi, les travailleurs handicapés présentent souvent « *des caractéristiques personnelles, sociales et/ou pathologiques complexes, rendant difficile, laborieux et en définitive très fragile le processus de socialisation et d'autonomie psychosociale* »⁶². Le travail protégé ne peut pas ignorer ces évolutions sous peine de mettre en échec l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap.

⁶⁰ ZRIBI G., *op. cit.*, p.44.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*

b) *Une arrivée de jeunes ayant été scolarisés en milieu ordinaire*

Beaucoup d'E.S.A.T. ont vu le jour dans les années 1970, à une époque où des associations de parents se constituaient pour gérer des établissements dans le but d'accueillir leurs enfants handicapés. Au fur et à mesure que les enfants grandissaient, les IMPro puis les E.S.A.T. sont apparus comme le prolongement logique de leur action. Par un effet qualifié d'effet filière, le parcours de beaucoup de travailleurs handicapés répondait à cette prise en charge continue en établissement médico-social de la petite enfance jusqu'à l'âge de la retraite.

Mais progressivement, la priorité a été donnée à la scolarisation en milieu ordinaire. La loi n°2005-102 du 11 février 2005 a entériné le principe selon lequel tout enfant handicapé dispose d'un droit à être scolarisé dans le dispositif de droit commun.

Aujourd'hui, la C.N.S.A. observe une « *explosion* » de la demande de scolarisation en milieu ordinaire des enfants handicapés. Le parcours des jeunes handicapés n'est plus linéaire, mais « *chaotique, ponctué de ruptures* »⁶³, faisant émerger de nouvelles difficultés en terme d'insertion professionnelle dans le milieu ordinaire mais aussi dans le milieu protégé qui « *représente aussi une vraie forme d'insertion* »⁶⁴. Dès lors, deux nouvelles dimensions impactent les logiques mises en œuvre au sein des E.S.A.T. : l'accueil de jeunes n'ayant jamais été scolarisés en établissement médico-social et l'accueil d'adultes ayant fréquenté le milieu ordinaire de travail. La problématique de l'entrée en E.S.A.T. ne se pose donc plus seulement en terme de transition entre l'IMPro et l'E.S.A.T. : la réponse apportée doit tenir compte de la diversité des publics et de leur parcours. Cela implique une bonne coordination des acteurs tant sur le volet insertion professionnelle que sur le volet insertion sociale. Ainsi, si l'accompagnement par un établissement de prise en charge intermédiaire peut apparaître comme une réponse nécessaire pour certaines personnes, d'autres ont peut-être besoin d'un dispositif plus souple au regard des compétences et des capacités développées antérieurement, un accompagnement psychologique pouvant parfois être suffisant.

c) *Le phénomène du vieillissement des travailleurs en situation de handicap mental*

Si les personnes handicapées atteintes de déficiences intellectuelles connaissent toujours une surmortalité par rapport au reste de la population française, leurs gains d'espérance

⁶³ LACHAUD Y., *Favoriser l'insertion professionnelle des jeunes handicapés*, 65 p., p.6.

⁶⁴ *Ibid.*

ont été très importants ces dernières décennies – nous écartons la question de l'espérance de vie des personnes handicapées psychiques qui peuvent connaître également une surmortalité mais liée à des facteurs de risques spécifiques⁶⁵. Il en résulte des modifications considérables de la structure des travailleurs d'E.S.A.T. Le projet de S.I.A.M.I.A.T. dans le Val d'Oise déposé en C.R.O.S.M.S. par l'A.P.E.D. l'Espoir illustre clairement cette tendance : 13% des personnes accueillies ont plus de 45 ans ; elles seront 24% en 2011.

Cette longévité accrue a fait émerger les problématiques touchant au phénomène de vieillissement dit « prématuré », les premiers signes de fatigues apparaissant souvent dès 40 ans pour les personnes déficientes intellectuelles⁶⁶. Ainsi, « *les maladies chroniques invalidantes survenant lors du processus de vieillissement normal viennent "ajouter de l'incapacité à de l'incapacité", et la moindre faculté adaptative qui caractérise le vieillissement contribue à vulnérabiliser encore davantage des personnes déjà fragilisées* »⁶⁷. Cette spécificité nécessite d'apporter une réponse qui soit véritablement adaptée pour accompagner la sortie d'E.S.A.T. Selon G. ZRIBI⁶⁸, quatre principes doivent guider cette cessation d'activité : la progressivité (pour éviter un changement brutal de vie), la diversité (la diversité des solutions doit permettre de prendre en compte la personne dans son individualité), la réversibilité (une orientation définitive prise trop rapidement peut avoir des effets sur l'état de santé, le niveau d'autonomie et le rythme de vieillissement de la personne) et la complémentarité (la sortie d'E.S.A.T. doit être perçue comme un processus impliquant l'E.S.A.T., la personne handicapée et son environnement autre que professionnel).

En outre, les réflexions autour de la cessation d'activité ne doit pas occulter le fait que le vieillissement des travailleurs handicapés en E.S.A.T. est un phénomène devant être abordé bien en amont. En effet, si le vieillissement prématuré peut être lié aux facteurs génétiques ou à certains traitements lourds, l'environnement professionnel et social joue un rôle certain (usure institutionnelle à l'égard de l'atelier et de l'hébergement, atténuation

⁶⁵ BLANC P., BERTHOD – WURMSER M., juillet 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, rapport remis à Philippe Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 99 pages, p.5.

⁶⁶ *Vieillesse des personnes handicapées mentales : l'U.N.A.P.E.I. lance un cri d'alarme*, A.S.H. n°2616 du 03 juillet 2009, p.25 et 26.

⁶⁷ BLANC P., BERTHOD – WURMSER M., juillet 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, précité, p.6.

⁶⁸ ZRIBI G., *L'avenir du travail protégé : les E.S.A.T. dans le dispositif d'emploi des personnes handicapées*, précité, p.63 et 64.

ou négation des difficultés physique par crainte du changement par exemple)⁶⁹. Le développement d'actions préventives spécifiques doit permettre d'éviter toute rupture brutale dans la sortie d'E.S.A.T. L'analyse issue des résultats de l'étude GRADIOM⁷⁰ a permis d'imaginer quelques outils de prévention : lutter contre le désinvestissement professionnel, lutter contre le désinvestissement social, lutter contre la perte d'autonomie physique, veiller au suivi médical. La révision des projets d'établissements des E.S.A.T.⁷¹ doit être un moyen dont il faudra se saisir pour prendre en compte cette nouvelle réalité.

3.1.2 Etablir un diagnostic partagé des besoins et des attentes des travailleurs handicapés d'E.S.A.T. dans le département du Val d'Oise

La réponse apportée en vue d'améliorer la sortie et l'entrée en E.S.A.T. des travailleurs handicapés déficients psychiques et intellectuels ne pourra être en définitif cohérente que si elle implique l'ensemble des acteurs concernés sur la base d'un diagnostic partagé de cet environnement en pleine mutation.

- A) Une absence de coordination à deux niveaux lors des projets de création d'établissement de prise en charge intermédiaire

Deux écueils lors de la mise en place des établissements de prise en charge intermédiaire posent la nécessité à l'avenir d'une évaluation fine des besoins des travailleurs handicapés.

Au niveau des acteurs institutionnels d'une part, la coordination entre les principaux financeurs de la politique du handicap, D.D.A.S.S. et Conseil Général, serait facilitée par l'existence d'une base de travail commune. Sans cela, Etat et Conseil Général ne peuvent investir que leur champ de compétence exclusive, ce qui ne permet pas de prévoir les éventuelles difficultés (comme le démontre l'expérience des C.I.T.L. du département des Hauts-de-Seine) et peut faire perdre de sa cohérence à l'action publique.

⁶⁹ *L'usure des travailleurs handicapés en E.S.A.T.*, A.S.H. n°2468 du 08 septembre 2006, p. 41 et 42.

⁷⁰ Etude du Groupe de Recherche Appliqué aux Déficiences et aux Incapacités d'Origine Mentale [G.R.A.D.I.O.M.], 1997, *Age, santé et travail en C.A.T. : étude épidémiologique sur le vieillissement des travailleurs handicapés mentaux des C.A.T. des Pays de la Loire de 1991 à 1997.*

⁷¹ Selon l'article L.311-8 C.A.S.F., le projet d'établissement des établissements sociaux et médico-sociaux est révisé tous les 5 ans au plus. Il est transmis aux services déconcentrés de l'Etat pour les établissements relevant de sa compétence.

Au niveau des associations gestionnaires d'autre part, les projets déposés en C.R.O.S.M.S. du S.I.A.M.A.T. et du C.I.T.L. font apparaître une étude des besoins succincte⁷². Cela se traduit, ainsi que nous l'avons mentionné en deuxième partie, par une évaluation approximative du temps d'accueil nécessaire en établissement de prise en charge intermédiaire et par une absence de questionnement sur la sortie définitive d'E.S.A.T. si l'environnement social de la personne n'est pas en mesure de l'accompagner (hébergement par exemple). Un rapprochement avec l'ensemble des acteurs institutionnels lors de la rédaction des projets aurait peut-être permis de faire émerger ce questionnement.

- B) L'évaluation des besoins, enjeu de la coordination des politiques en faveur des travailleurs handicapés d'E.S.A.T.

Une évaluation des besoins et des attentes des travailleurs handicapés d'E.S.A.T. permettrait d'étayer le contenu de l'accompagnement intermédiaire et de mieux coordonner l'action des services déconcentrés de l'Etat et du Conseil Général sur le département. Fondement de l'action sociale et médico-sociale⁷³, l'évaluation vise à « *produire des connaissances sur les actions publiques, notamment quant à leurs effets, dans le double but de permettre au citoyen d'en apprécier la valeur et d'aider les décideurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et les impacts* »⁷⁴. C'est un « *outil de construction de représentations partagées* » tendant « *favoriser le partage d'information et la convergence des représentations [afin de] faciliter le pilotage des politiques partenariales* »⁷⁵, tel le champ du handicap.

L'évaluation ainsi envisagée autoriserait un diagnostic partagé par la D.D.A.S.S. et le Conseil Général permettant la mise en mouvement d'une politique concertée. Cela suppose de fonder une méthodologie sur deux principes : « *une évaluation en continu, au plus près des territoires de vie à partir d'instances transversales [...] à même d'effectuer cette évaluation et de mettre en œuvre un projet global personnalisé* » et « *une cohérence*

⁷² Le promoteur d'un dossier déposé en C.R.O.S.M.S. doit présenter une étude des besoins auquel le projet à vocation à répondre en tout ou partie (article R.313-3 C.A.S.F.).

⁷³ L'article L.116-1 C.A.S.F. dispose : « *l'action sociale et médico-sociale [...] repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté[...]* ».

⁷⁴ Extrait de la Charte de la Société Française d'Evaluation.

⁷⁵ PERRET B., 2007, *L'évaluation, un nouveau mode de construction de l'action publique ?*, in BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU I. ed/, *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*, éditions Dunod, p. 29 à 39, p. 37.

et une articulation entre l'évaluation des besoins à chaque niveau du territoire : entre l'échelon local (services, établissements), l'échelon départemental et régional (schémas, commission d'orientation) et l'échelon national (enquêtes régulières ...)»⁷⁶.

Dans l'attente de ce diagnostic partagé, la D.D.A.S.S. doit se saisir de la création des établissements de prise en charge intermédiaire déjà autorisés sur le département afin de poser les conditions nécessaires à un fonctionnement efficient et de qualité

3.2 Poser les garanties à l'accompagnement au sein des établissements de prise en charge intermédiaire

L'observation des C.I.T.L. des Hauts-de-Seine a démontré la nécessité pour le Conseil Général et les services de l'Etat de coordonner leur action dès lors qu'un établissement de prise en charge intermédiaire se situe sur le site d'un E.S.A.T. La fonction d'ingénierie sociale des I.A.S.S. pourra être sollicitée pour impulser cette orientation.

3.2.1 Etablir une convention entre la D.D.A.S.S. et le Conseil Général

Dans le Val d'Oise, ainsi que nous l'avons évoqué dans la deuxième partie de nos développements, des charges seront nécessairement communes tant à l'E.S.A.T. qu'à l'établissement de prise en charge intermédiaire (S.I.A.M.A.T. et C.I.T.L.).

Dans les Hauts-de-Seine, ces difficultés ont été surmontées par un mécanisme de compensation financière. Le Conseil Général rembourse une quote-part des frais de fonctionnement de l'E.S.A.T. en fonction de la superficie du C.I.T.L. Mais ce mécanisme de compensation est le résultat d'un long processus de négociations à l'origine de tensions entre les services de la D.D.A.S.S. et du Conseil Général.

Par conséquent, il apparaît nécessaire de rédiger avant même l'ouverture du S.I.A.M.A.T. et du C.I.T.L. une convention entre la D.D.A.S.S. et le Conseil Général. La convention devra être suffisamment large pour inclure non seulement les dépenses du groupe 1 relatives aux dépenses d'exploitation courante (eau, électricité, repas pris à l'E.S.A.T. par

⁷⁶ BARREYRE J.-Y., PEINTRE C., 2004, *Evaluer les besoins des personnes en action sociale : enjeux, méthodologie, outils*, éditions Dunod, 146 p., p. 9.

exemple) mais également les autres dépenses du groupe 2 (afférentes aux personnels) et du groupe 3 (afférentes à la structure).

En effet, concernant le groupe 2, certains salariés de l'E.S.A.T. (psychologue par exemple) pourront intervenir sur l'établissement de prise en charge intermédiaire. Ces salariés devront être clairement identifiés dans la convention, ainsi que le nombre d'E.T.P. dédié à chacun des établissements médico-sociaux.

Concernant enfin les dépenses afférentes au groupe 3, la convention pourra fixer des quotes-parts en fonction de la superficie réservée au C.I.T.L. Dans le cas du S.I.A.M.A.T., qui occupe une aile de l'E.S.A.T. de l'A.P.E.D. l'Espoir, cela permettra de définir de manière stable la part de l'amortissement des immobilisations corporelles (le bâtiment notamment) devant figurer au budget du S.I.A.M.A.T.

L'établissement de cette convention entre la D.D.A.S.S. et le Conseil Général du Val d'Oise constituera un outil nécessaire mais non suffisant pour garantir à l'usager un accompagnement de qualité. L'I.A.S.S. doit être mesure d'impulser une véritable dynamique pour rassembler toutes les conditions nécessaires à l'amélioration de l'entrée et de la sortie d'E.S.A.T. La fonction d'ingénierie sociale apparaît dès lors comme une compétence à développer.

3.2.2 Faire émerger la fonction d'ingénierie sociale des I.A.S.S.

Si le concept d'ingénierie est une notion datant des années 1980, les I.A.S.S. se sont jusqu'alors peu appropriés cette notion. A un moment où la création des établissements de prise en charge intermédiaire remet en cause les modes traditionnels de réponses en terme d'offres d'établissements médico-sociaux, l'I.A.S.S. devra se saisir de cette compétence pour impulser des dynamiques partenariales sur un territoire donné.

A) L'ingénierie sociale, une compétence à reconnaître

L'ingénierie sociale peut être définie comme « *l'ensemble des techniques et des savoir-faire qui permettent le diagnostic, la conception, la mise en œuvre, la coordination et l'évaluation des projets sociaux* »⁷⁷. Cette approche permet de donner une dimension

⁷⁷ VULBEAU A., 1990, *De l'ingénierie sociale*, Information Sociale n° 4 mai – juin 1990, p. 2 à 4, p. 2.

stratégique aux actions mises en œuvre et de décroiser l'action publique pour l'inscrire dans une démarche transversale.

Cette compétence est parfois mise en œuvre de manière non consciente dans la mesure où certains I.A.S.S. estiment disposer d'une compétence spécifique concernant la « *mise en synergie des logiques et des savoir-faire* »⁷⁸. Bien qu'elle ne soit pas clairement objectivée, l'ingénierie sociale est un enjeu quasi quotidien des missions des inspecteurs. Cela est d'autant plus vrai sur le champ du handicap qui a vu son objet évoluer au fil des années. L'action engagée ne doit plus seulement être une réponse mécanique et sectorielle mais doit tendre vers l'inclusion sociale, conformément à l'esprit de la loi n°2005-102 du 11 février 2005.

Les réflexions dans le Val d'Oise autour des établissements de prise en charge intermédiaire pourraient bénéficier de cette fonction d'ingénierie sociale pour permettre de définir les conditions d'un accompagnement de qualité impliquant l'ensemble des acteurs. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens [C.P.O.M.] est à ce titre un outil dont l'I.A.S.S. peut se saisir.

B) L'ingénierie sociale dans la mise en œuvre des C.P.O.M.

Aujourd'hui, l'inspection n'est pas le seul moyen pour l'I.A.S.S. de s'assurer de la qualité de la prise en charge. La possibilité de conclure des C.P.O.M. tel que prévu à l'article L.313-11 C.A.S.F.⁷⁹ permet de rassembler l'association gestionnaire d'établissements et services médico-sociaux, la D.D.A.S.S. et le Conseil Général.

Basé sur le volontariat à sa création, le C.P.O.M. deviendra obligatoire en vertu de l'article L.313-12-2 C.A.S.F. pour les établissements et services relevant de la tarification exclusive du Directeur général de l'A.R.S. (ou du représentant de l'Etat dans la région) atteignant une certaine capacité et un seuil financier fixé par décret.

⁷⁸ SCHEWEYER F.- X., 1994, *Le corps des inspecteurs des affaires sanitaires sociales*, Revue Française des Affaires Sociales, n°3, juillet – septembre 1994, p. 65 à 74, p.71.

⁷⁹ L'article L.313-11 C.A.S.F. dispose : « *des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en oeuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales* ». Ces contrats sont conclus pour une durée maximale de 5 ans.

Le C.P.O.M. peut être l'occasion de définir un projet global permettant de sécuriser le lien entre l'établissement de prise en charge intermédiaire et E.S.A.T. et de poser les conditions d'un accompagnement en établissement de prise en charge intermédiaire tendant réellement à améliorer l'entrée et la sortie d'E.S.A.T. pour les travailleurs handicapés psychiques et intellectuels. L'I.A.S.S. peut jouer un rôle moteur dans l'impulsion d'une démarche de C.P.O.M.

En outre, la démarche de conclusion d'un C.P.O.M. constituerait un cadre facilitant pour la D.D.A.S.S. et le Conseil Général afin de définir une répartition des charges entre E.S.A.T. et établissement de prise en charge intermédiaire.

C'est en créant des dynamiques similaires sur le territoire que la fonction d'ingénierie sociale permettra d'impulser des innovations ou de rénover les dispositifs existants afin de répondre en continu aux besoins et aux attentes des usagers.

3.3 Engager une réflexion sur les outils existants de l'offre médico-sociale pour améliorer l'entrée et la sortie d'E.S.A.T.

La création d'établissements de prise en charge intermédiaire dans le Val d'Ois porte à la connaissance des acteurs institutionnels l'existence d'un besoin d'accompagnement des travailleurs handicapés psychiques et intellectuels entrant et sortant d'E.S.A.T. Les services de l'Etat, aujourd'hui D.D.A.S.S. et demain Agence Régionale de Santé [A.R.S.], devront accompagner cette évolution en impulsant une réforme des dispositifs existants et en se saisissant des opportunités nouvelles issues de la Loi Hôpital Patient Santé Territoire [H.P.S.T.] du 21 juillet 2009⁸⁰.

3.3.1 Impulser l'évolution des dispositifs existants

Nos différentes lectures et nos différents entretiens nous ont permis d'identifier trois axes d'action en vue d'améliorer l'entrée et la sortie d'E.S.A.T. des travailleurs en situation de handicap psychique et intellectuel.

⁸⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, J.O.R.F. n°0167 du 22 juillet 2009 p.12184.

A) Identifier un référent pour l'insertion professionnelle au sein de la M.D.P.H. du Val d'Oise

Une nouvelle fonction est apparue suite à la création des M.D.P.H. : le référent pour l'insertion professionnelle⁸¹. Si, au terme de l'article R.146-30 C.A.S.F., sa fonction est réduite aux relations avec le Directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, sa fiche de poste a été retravaillée par la C.N.S.A. dès 2006. Son rôle est aujourd'hui très large : il fait le lien entre l'ensemble des acteurs intervenant sur le champ de l'insertion professionnelle (Cap Emploi, Service Public de l'Emploi par exemple) et il « *veille à ce que l'équipe pluridisciplinaire [de la M.D.P.H.] intègre la dimension professionnelle dans le projet de vie de la personne handicapée* »⁸².

La dimension professionnelle telle qu'elle est envisagée ne concerne pas uniquement le milieu ordinaire de travail mais également le milieu protégé en E.S.A.T. C'est donc un interlocuteur privilégié des acteurs institutionnels (le référent pour l'insertion professionnelle alimente par exemple le réseau des M.D.P.H.) et des usagers (informations, aide à l'orientation). Ce dernier aspect de sa mission nous paraît d'autant plus important que, comme nous l'avons évoqué au début de la première partie, les personnes handicapées orientées en E.S.A.T. n'ont pas nécessairement bénéficiées d'une prise en charge médico-sociale antérieure.

Or, si la C.N.S.A. évalue à 96% le nombre de M.D.P.H. ayant identifié un référent pour l'insertion professionnelle, la M.D.P.H. du Val d'Oise n'a pas mis en œuvre cette fonction. Selon le Conseil Général, un cadre référent « insertion professionnelle » a cependant été clairement mandaté. Celui-ci travaille en collaboration avec l'ensemble des agents de la M.D.P.H. et n'hésite pas en pratique à s'appuyer sur les acteurs tels que les S.A.M.S.A.H. et les S.A.V.S. pour procéder à l'évaluation des compétences professionnelles.

Son identification précise dans l'organigramme de la M.D.P.H. nous semble cependant être un enjeu important afin de le faire connaître non seulement auprès des associations gestionnaires mais également auprès des usagers. Outre l'appui à l'équipe pluridisciplinaire, il pourrait soutenir le travailleur handicapé dans l'expression globale de son projet de vie et analyser ses besoins et attentes en accompagnement social, sans quoi l'insertion professionnelle en E.S.A.T. pourra se solder par un échec. Enfin, sa

⁸¹ Décret n°2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif à la M.D.P.H. et modifiant le C.A.S.F. (partie réglementaire), J.O.R.F. n°295 du 20 décembre 2005 page 19589.

présence effective autoriserait une certaine sécurité pour le parcours du travailleur handicapé : les différents acteurs, les personnes handicapées et leur entourage auraient à leur disposition un interlocuteur unique en cas de questionnement, de difficultés. Les périodes de transition telles que l'entrée et la sortie d'E.S.A.T. seraient ainsi plus facilement gérées et mieux maîtrisées.

- B) Impulser la création d'outils souples d'accompagnement pour penser globalement le projet de vie de la personne

L'enjeu majeur dans l'accompagnement de l'entrée et de la sortie d'E.S.A.T. est de prendre en compte l'intégralité des attentes et des besoins de la personne handicapée pour ne compromettre la réussite de l'insertion professionnelle.

L'exemple issu du département du Rhône prouve qu'un outil souple constitué sous la forme d'une plate-forme d'informations, de conseils et d'orientation est un moyen efficace de faire le lien entre l'ensemble des établissements et services susceptibles d'intervenir sur tous les aspects de la vie du travailleur handicapé. L'Association pour l'Insertion Sociale et Professionnelle des Personnes Handicapées [A.D.A.P.T.] a ainsi créé une « plate-forme d'intégration sociale et professionnelle de proximité »⁸³. Cette plate-forme est organisée selon un système concentrique de réponses et de services : plate-forme « Savoirs généraux », plate-forme « Insertion », plate-forme « Médico-Psycho-Sociale » et plate-forme « Formation Professionnelle »⁸⁴.

En Ile-de-France, une démarche similaire existe déjà dans les départements du Val-de-Marne et de la Seine-Saint-Denis pour les travailleurs handicapés psychiques. Mis en place par deux E.S.A.T. de ces départements, un dispositif de services réadaptatifs nommés « Le Relais » mènent des actions de réadaptation, de formation et d'insertion professionnelle⁸⁵. Ces services permettent de décroiser le secteur sanitaire et médico-social en constituant à la fois un « *outil de formation et d'évaluation permanente, tout au*

⁸² Circulaire D.G.E.F.P. n°2007/01 du 15 janvier 2007 relative à la mise en œuvre de l'orientation vers le marché du travail des personnes handicapées, page 4.

⁸³ DELERCE T., 2009, *Du « centre » à la « plate-forme », l'ADAPT Rhône : plate-forme d'intégration sociale et professionnelle de proximité, un modèle en devenir ?*, Réadaptation n°556, janvier 2009, pages 24 à 26.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ ZRIBI G., *L'avenir du travail protégé : les E.S.A.T. dans le dispositif d'emploi des personnes handicapées*, *op. cit.*, p.89 à 92.

long du séjour, des capacités, faiblesses, motivations et potentialités »⁸⁶ pour des personnes souvent socialement désinsérées.

Ces dispositifs présentent l'intérêt majeur de dépasser la juxtaposition de structures médico-sociales. Ils permettent d'accompagner l'entrée et la sortie d'E.S.A.T. grâce à une approche globale du parcours du travailleur handicapé et de son projet de vie. Ils constituent enfin un moyen continu de prévention : c'est un interlocuteur privilégié pour les professionnels chargés de l'accompagnement de la personne handicapée et pour les travailleurs handicapés qui peuvent ainsi exprimer l'évolution de leur projet de vie.

- C) Encourager les partenariats via des conventions afin de décloisonner le secteur sanitaire et médico-social pour les travailleurs handicapés psychiques

Concernant plus spécifiquement les travailleurs handicapés psychiques, avant même la mise en place de services, les conventions passées entre un E.S.A.T. et le secteur sanitaire constituent un moyen de prévenir et de traiter les situations de crise et de décompensation.

Dans le Val d'Oise, ainsi que nous l'avons mentionné en première partie, l'E.S.A.T. Pierre Mondoloni de l'A.P.A.J.H. a passé il y a quelques années une convention avec le C.H. de Gonesse. L'établissement de prise en charge intermédiaire, le C.I.T.L., va bénéficier par extension de la convention existante. C'est une première garantie pour sécuriser l'entrée et la sortie d'E.S.A.T. et s'assurer de la qualité des prestations proposées.

Mais si l'on prend l'exemple du S.I.A.M.A.T. qui sera géré par l'A.P.E.D. l'Espoir, aucun rapprochement avec le secteur sanitaire n'est envisagé. Certes, historiquement, l'action de l'association est essentiellement dirigée vers les personnes déficientes intellectuelles, qui sont très majoritairement représentées au sein de E.S.A.T. de Persan. Seul un petit nombre de travailleurs présente un handicap psychique léger et stabilisé. Cependant, la reconnaissance du handicap psychique par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 implique que les établissements et services médico-sociaux ouvrent leurs portes aux personnes reconnues comme telles. Cette évolution devrait influencer sur la méthode de travail de l'association et l'encourager à se rapprocher du domaine sanitaire qu'elle ignorait jusqu'à présent.

⁸⁶ *Ibid.*, p.91.

La mise en œuvre des Agences Régionales de Santé [A.R.S.], qui reprennent les compétences des D.D.A.S.S concernant les E.S.A.T.⁸⁷, tendra à impulser ce déclouisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Mais il appartiendra également aux associations de porter les évolutions nécessaires à l'accompagnement des travailleurs handicapés psychiques et intellectuels.

3.3.2 Se saisir des opportunités issues de la réforme de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire

Le nouvel environnement institutionnel et organisationnel porté par la réforme issue de la Loi dite « H.P.S.T. » devrait faciliter l'adaptation de la réponse aux besoins et aux attentes des travailleurs handicapés psychiques et intellectuels au moment de l'entrée et de la sortie d'E.S.A.T.

A) Un rapprochement facilité avec le Conseil Général

Les interrogations qui persistent aujourd'hui sur la création et le fonctionnement des établissements de prise en charge intermédiaire dans le Val d'Oise auraient peut-être pu être atténuées si la D.D.A.S.S. et le Conseil Général avaient bénéficié d'un espace de concertation. La loi H.P.S.T. devrait permettre de prévenir cette difficulté.

a) *Au niveau du pilotage de l'A.R.S. : la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie et les Commissions de Coordination*

La loi H.P.S.T. tend à améliorer la collaboration entre l'ensemble des acteurs de la politique du handicap dans la mesure où « *le fonctionnement et la composition des agences reflètent l'intégration du secteur médico-social* »⁸⁸. Les collectivités territoriales seront en effet représentées à deux niveaux stratégiques dans l'organisation de l'A.R.S. : au sein de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie [C.R.S.A.] et au sein des Commissions de Coordination des politiques publiques de santé.

⁸⁷ Article L.1431-2 C.S.P. (entrée en vigueur différée).

⁸⁸ BERTRAND A., 2009, *La fin de la séparation du sanitaire et du médico-social*, Actualités Jurisanté n°66 juillet – août 2009, p. 62 à 65, p. 63.

La C.R.S.A. est l'organe consultatif de l'A.R.S.⁸⁹ qui rassemble les acteurs concernés par la politique de santé en région : organismes gestionnaires d'établissements et services de santé et médico-sociaux, usagers et associations oeuvrant dans le champ de compétences de l'A.R.S., professionnels de santé, collectivités territoriales⁹⁰. Au sein de la C.R.S.A., plusieurs collèges peuvent être consacrés au secteur médico-social. La C.R.S.A. constituera donc un espace d'échanges privilégiés entre l'Etat et le Conseil Général permettant d'adopter un positionnement commun sur la politique du handicap. De plus, le niveau régional du dialogue devrait permettre de faire bénéficier chaque territoire des expériences menées dans les autres départements, ce qui peut amener par exemple certaines associations gestionnaires à s'interroger sur les besoins de leurs usagers en terme d'accompagnement intermédiaire et à prendre des initiatives sur ces fondements.

Les Commissions de Coordination des politiques publiques de santé, au nombre de deux dans chaque A.R.S. , associent les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale⁹¹. Elles assurent la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres concernant notamment l'accompagnement médico-social. Ces nouvelles instances sont également une manière de formaliser les relations entre les services de l'Etat et le Conseil Général.

b) Au niveau de l'action de l'A.R.S. : les contrats locaux médico-sociaux

Les relations entre les services de l'Etat et le Conseil peuvent par ailleurs être formalisées par un nouvel outil permettant de coordonner leurs actions et de définir un partenariat à long terme sur un secteur donné : le contrat local de santé.

L'article L.1434-17 C.S.P., le contrat local de santé vise à mettre en œuvre la politique de santé de l'A.R.S. sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social en associant les acteurs impliqués sur ces domaines. Les collectivités territoriales, dont le Conseil Général, sont confirmées comme

⁸⁹ Selon l'article L.1432-4 C.S.P., la C.R.S.A peut « faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge. Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix. »

⁹⁰ SA S., 2009, *Agences Régionales de Santé : la place du médico-social*, T.S.A. n°5 septembre 2009, p.34 à 39, p.38.

⁹¹ *Ibid.*

partenaires de l'A.R.S.⁹². Le contrat local médico-social permettrait de fixer les obligations respectives de l'A.R.S. et du Conseil Général pour clarifier le régime des établissements de prise en charge intermédiaire. Mais il permettrait aussi de dépasser le stade de la simple convention de droits et d'obligations pour s'engager dans une démarche prospective d'évaluation et de réponses aux besoins d'accompagnement intermédiaire lors de l'entrée et de la sortie d'E.S.A.T. L'intégration à cette démarche des futures Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale [D.R.J.S.C.S.] pourrait enrichir la réflexion en créant une passerelle vers le secteur social⁹³.

B) Une planification médico-sociale renouvelée

Outre la mise en place d'outils et d'instances de collaboration et de coordination, la réforme issue de la loi H.P.S.T. devrait autoriser une évolution de l'offre d'établissements et services réactive au regard des besoins d'accompagnement des travailleurs handicapés entrant et sortant d'E.S.A.T. grâce aux nouveaux schémas médico-sociaux et à la procédure d'appel à projet.

a) *Les nouveaux schémas médico-sociaux*

La planification médico-sociale sur un département donné comporte deux difficultés.

D'une part, le P.R.I.A.C., ainsi que précisé en première partie, n'intègre pas les E.S.A.T. car ils ne bénéficient pas de financements de la C.N.S.A. Il est donc difficile d'évaluer le nombre de places autorisées et financées en E.S.A.T. par type de handicap alors que les services de l'Etat disposent de ces informations sur le champ de l'enfance (I.M.E. par exemple). Certes, tous les jeunes formés en I.M.E. n'ont pas nécessairement vocation à intégrer un E.S.A.T., mais une projection en parallèle des évolutions nécessaires permettrait d'ajuster offre et demande.

D'autre part, les services de l'Etat et le Conseil Général définissent leurs grandes orientations et leur programmation de manière indépendante, ce qui rend peu lisible la planification de l'offre médico-sociale sur un territoire donné et ce même si les outils de planification sont communicables entre eux.

⁹² DE LARD B. et TANGUY H., 2009, *Le nouveau pilotage régional du système de santé par les Agences Régionales de Santé*, R.D.S.S. n°5, septembre – octobre 2009, p.845 à 857, p.855.

La réforme issue de la loi H.P.S.T. devrait donner de la cohérence à la planification des établissements et services médico-sociaux grâce au schéma régional d'organisation médico-sociale⁹⁴ élaboré par le Directeur Général de l'A.R.S. Ce nouveau schéma, qui se substitue aux dispositifs existants et complète le P.R.I.A.C., est avant tout « *une déclinaison par l'offre médico-sociale des grandes orientations de la politique sanitaire* » devant « *prendre en compte les schémas départementaux concernant les personnes handicapées ou en perte d'autonomie qui sont élaborés par les autorités du département et adoptés par le Conseil Général* »⁹⁵. Les établissements de prise en charge intermédiaire seront donc dans le Val d'Oise pleinement pris en compte dans le panel d'offre médico-sociale existant.

Outre la coordination horizontale avec le Conseil Général, le schéma régional d'organisation médico-sociale autorise également une coordination verticale dans la mesure où il est intégré, avec un ensemble de nouveaux instruments⁹⁶, à un nouvel outil stratégique : le Projet Régional de Santé [P.R.S.]. Cette organisation décloisonne l'action du secteur médico-social et du secteur sanitaire, ce qui est particulièrement important pour la prise en charge des travailleurs handicapés psychiques.

b) La procédure d'appel à projets

La nouvelle procédure d'appel à projets, qui remplace le dispositif devant le C.R.O.S.M.S., constitue la nouvelle modalité de sélection des projets dans le secteur médico-social⁹⁷. Elle consiste à organiser une mise en concurrence véritable des promoteurs, les projets étant examinés par une « commission de sélection » ayant un avis consultatif. C'est le Directeur de l'A.R.S. qui autorise en définitif les projets de création, de transformation et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux sous financement public total ou partiel.

⁹³ Décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, J.O.R.F. n°0288 du 12 décembre 2009

⁹⁴ Codifié à l'article L.312-5 C.A.S.F.

⁹⁵ LAFORE R., 2009, *La loi H.P.S.T. et les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, R.D.S.S. n°5, septembre – octobre 2009, p.858 à 873, p.867.

⁹⁶ Les articles L.1434-7 à L.1434-11 nouveaux C.S.P. (entrée en vigueur différée) prévoient la définition d'un « Plan stratégique régional de santé », d'un « Schéma régional de prévention », d'un « Schéma régional de l'organisation des soins » et de « programmes » devant décliner les objectifs des schémas pour des publics spécifiques.

Si certaines associations ont pu craindre que la procédure d'appel à projets vienne « limiter ou bloquer les projets à l'initiative des associations »⁹⁸, elle constitue une véritable opportunité pour les gestionnaires de proposer des outils d'accompagnement intermédiaire en lien avec les priorités et les capacités des financeurs. Une partie des appels à projets doit d'ailleurs être réservée à des projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé.

La procédure d'appel à projet présente donc deux intérêts majeurs pour le développement des dispositifs d'accompagnement intermédiaire dès lors que les besoins auront été identifiés. D'une part, cette procédure peut permettre à l'A.R.S. et au Conseil Général de collaborer dans l'élaboration d'un cahier des charges commun. D'autre part, la procédure relative aux dispositifs innovants ou expérimentaux devrait faciliter la montée en charge rapide de dispositifs souples de réponse aux besoins des travailleurs handicapés psychiques et intellectuels. Si les acteurs institutionnels ont connaissance des attentes des usagers, l'expérience et la force d'initiative des projets permettant de faire évoluer l'offre médico-sociale demeurera le fait des associations oeuvrant dans le champ du handicap.

⁹⁷ Cf. art. L.313-1 à L.313-8 nouveaux C.A.S.F. (entrée en vigueur différé).

⁹⁸ ELGUIZ F., 2008, *Le projet de loi A.R.S. : zoom sur le volet médico-social*, T.S.A. Hebdo n°1180, 24 octobre 2008, p. 9 à 15, p.14.

Conclusion

La création d'établissements de prise en charge intermédiaire est une innovation dans le département du Val d'Oise. L'accompagnement proposé porte sur les deux temps forts de la vie d'un travailleur handicapé en milieu protégé que sont l'entrée et la sortie d'E.S.A.T.

L'entrée en E.S.A.T. correspond au temps d'adaptation du rythme de travail et de l'acquisition des gestes de la production. Or, les travailleurs handicapés déficients intellectuels ou dont le handicap est d'origine psychique ont aujourd'hui des parcours hétérogènes. Certains n'ont pas bénéficié de stages d'intégration en E.S.A.T. Certains n'ont même jamais fréquenté auparavant de structures médico-sociales, soit qu'ils aient été scolarisés en milieu ordinaire, soit qu'ils aient été antérieurement pris en charge par le secteur sanitaire. D'autres enfin sont en échec professionnel car l'accompagnement social est insuffisant, voir inexistant dès lors que la personne n'a pas su ou voulu exprimer ses besoins.

La sortie d'E.S.A.T. correspond à un bouleversement majeur dans le parcours de vie des personnes handicapées psychiques et déficientes intellectuelles. Le lien social développé en E.S.A.T. avec les autres travailleurs et avec les professionnels est souvent très important. La peur du changement, la peur de la solitude, rend d'autant plus difficile cette transition de l'activité à l'inactivité. De plus, la cessation d'activité est indissociable de la question du vieillissement des travailleurs handicapés, notamment déficients intellectuels. La fatigabilité accrue, la perte d'autonomie progressive, sont autant d'éléments qui exigent un accompagnement spécifique dépassant le seul soutien professionnel.

Ainsi, les méthodes habituellement développées pour gérer l'entrée et de la sortie d'E.S.A.T. (stages, travail à temps partiel) révèlent leurs limites dès lors que les autres dimensions de l'environnement de la personne handicapée (social, familial par exemple) ne sont pas pleinement pris en compte. Cette réalisation est aujourd'hui contrainte par une coordination non encore aboutie entre les professionnels du secteur (S.A.V.S, S.A.M.S.A.H., E.S.A.T. par exemple) et entre les acteurs institutionnels (D.D.A.S.S., Conseil Général).

A ce titre, le dispositif d'établissements de prise en charge intermédiaire tel que développé dans le Val d'Oise (C.I.T.L., S.I.A.M.A.T.) est une réponse possible. L'expérience des C.I.T.L. des Hauts-de-Seine prouve néanmoins que la longévité de ces établissements dépendront de leur capacité à définir un cadre fonctionnel, organisationnel

et budgétaire efficient et de qualité. Dans le Val d'Oise, cela pourrait se traduire par la rédaction d'une convention entre la D.D.A.S.S. (et demain l'A.R.S.) et le Conseil Général.

Mais, en tout état de cause, les établissements de prise en charge intermédiaire ne devraient pas être généralisés en tant que solution unique d'accompagnement lors de l'entrée et de la sortie d'E.S.A.T. sans une véritable évaluation des besoins des travailleurs handicapés psychiques et déficients intellectuels.

Les outils existants doivent pouvoir également être mobilisés et évolués.

Les C.P.O.M. doivent impulser une réflexion au sein des associations gestionnaires et des directions d'établissements afin d'engager une démarche d'intégration en E.S.A.T. et de cessation d'activité progressive pour les travailleurs handicapés qui le nécessitent.

L'identification claire du référent insertion professionnelle au sein de la M.D.P.H. conditionne également une part importante de la réussite de l'accompagnement au moment de l'entrée et de la sortie d'E.S.A.T. Interlocuteur unique pour les professionnels et les usagers, il veillerait à ce que l'accompagnement intermédiaire aboutisse à un accueil durable en E.S.A.T. et pourrait intervenir en soutien au travailleur handicapé et à son entourage dans la recherche de solutions répondant à l'évolution du projet de vie.

Par ailleurs, une place devra certainement être laissée au développement de dispositifs souples (plates-formes, centres ressources) qui permettent de dépasser l'organisation en tuyaux d'orgues des établissements et services intervenant dans l'environnement des travailleurs handicapés.

Finalement, l'enjeu majeur de l'entrée et la sortie d'E.S.A.T. est celui d'un accompagnement continu et individualisé prenant en compte la globalité du projet de vie de la personne handicapée. Dans cette perspective, la réforme issue de la loi H.P.S.T. ouvre la voie à de nouvelles opportunités. La formalisation des liens avec le Conseil Général, la rénovation de la planification médico-sociale, les contrats locaux de santé, les procédures d'appel à projet sont autant d'enjeux dont les I.A.S.S. devront être les instigateurs. Ainsi, au travers des différentes réformes, la mission des I.A.S.S. demeure celle de la mise en mouvement l'action médico-sociale sur un territoire dans le sens d'une réponse aux besoins et aux attentes des travailleurs handicapés qu'il est « *humainement et socialement souhaitable de promouvoir et de développer* »⁹⁹.

⁹⁹ ZRIBI G., SARFATY J., ed./, 2000, *Construction de soi et handicap mental : l'enfant et l'adulte dans leur environnement familial, social et institutionnel*, Editions de l'E.N.S.P., 224 p., p.161.

Sources et Bibliographie

- **Textes législatifs et réglementaires**

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, J.O.R.F. n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, J.O.R.F. n°36 du 12 février 2005, page 2353.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, J.O.R.F. du 3 janvier 2002, page 124.

Loi n°89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social, J.O.R.F. du 14 janvier 1989.

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, J.O.R.F. n°0288 du 12 décembre 2009.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2006-703 du 16 juin 2006 relatif aux établissements ou services d'aide par le travail et à la prestation de compensation et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif à la M.D.P.H. et modifiant le C.A.S.F. (partie réglementaire), J.O.R.F. n°295 du 20 décembre 2005 page 19589

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, J.O.R.F. n°61 du 13 mars 2005, p. 4348

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire N°DGAS/3B/2008/259 du 1er août 2008 relative aux établissements et services d'aide par le travail et aux personnes handicapées qui y sont accueillies [en ligne] [consulté le 11.01.10], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2008/08-09/ste_20080009_0100_0174.pdf

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Circulaire D.G.E.F.P. n°2007/01 du 15 janvier 2007 relative à la mise en œuvre de l'orientation vers le marché du travail des personnes handicapées [en ligne] [consulté le 30.12.09], disponible sur Internet : <http://informations.handicap.fr/pdf-decrets/circulaire-DGEFP-2007-01.pdf>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, MINISTERE DU TRAVAIL ET DE LA PARTICIPATION, MINISTERE DE L'INTERIEUR, MINISTERE DU BUDGET - Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 relative aux Centres d'Aide par le Travail

- **Ouvrages**

BARREYRE J.-Y., PEINTRE C., 2004, *Evaluer les besoins des personnes en action sociale : enjeux, méthodologie, outils*, édition Dunod, 146 pages.

BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU I. (ed/), 2007, *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*, édition Dunod, 286 pages.

Guide Néret, 2008, *Droit des personnes handicapées*, , édition Groupe Liaisons, 295 pages.

RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFORCADE M., ed/, 2008, *Politiques sociales et de santé : comprendre et agir*, éditions de l'E.H.E.S.P., 492 pages

ZRIBI G., 2008, *L'avenir du travail protégé : les E.S.A.T. dans le dispositif d'emploi des personnes handicapées*, éditions de l'E.H.E.S.P., 3^{ème} édition, 160 pages.

ZRIBI G., SARFATY J., ed./, 2000, *Construction de soi et handicap mental : l'enfant et l'adulte dans leur environnement familial, social et institutionnel*, Editions de l'E.N.S.P., 224 pages.

- **Rapports**

BLANC P. et JARRAUD-VERGNOLLE A., juin 2009, *Le bilan des maisons départementales des personnes handicapées*, rapport d'information n° 485 fait au nom de la Commission des Affaires sociales, 108 pages.

BLANC P., juillet 2007, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur l'application de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, rapport du Sénat n°359, 95 pages.

BLANC P., BERTHOD – WURMSER M., juillet 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, rapport remis à Philippe Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 99 pages.

GOHET P., août 2007, *Bilan de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 et de la mise en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées*, Délégation Interministérielle aux Personnes Handicapées, 94 pages.

LACHAUD Y., 2005, *Favoriser l'insertion professionnelle des jeunes handicapés*, 65 pages.

ROUSSILLE B., octobre 2004, *L'évaluation du Handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation*, rapport n°2004-150 de l'I.G.A.S., 107 pages.

Secrétariat d'Etat chargé de la Solidarité, 12 février 2009, *Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap*, 130 pages.

- **Enquêtes**

MARO D., INIGO G., 17 juin 2009, *Les E.S.A.T. et les entreprises adaptées face à la crise* [en ligne], enquête commanditée par le réseau G.E.S.A.T., 23 pages [consulté le 18.12.2009], disponible sur Internet : <http://www.reseau-gesat.com/News/Info-737/Resultats-Enquete-LH2-Reseau-Gesat-Impact-de-la-crise-economique-sur-le-Secteur-Protége.html>

Groupe de Recherche Appliqué aux Déficiences et aux Incapacités d'Origine Mentale [G.R.A.D.I.O.M.], 1997, *Age, santé et travail en C.A.T. : étude épidémiologique sur le vieillissement des travailleurs handicapés mentaux des C.A.T. des Pays de la Loire de 1991 à 1997*

- **Articles de revues**

BERTRAND A., 2009, *La fin de la séparation du sanitaire et du médico-social*, Actualités Jurisanté n°66 juillet – août 2009, pages 62 à 65.

BREITENBACH N., 2004, *Le triangle âge - travail - handicap*, Gérontologie et Société n°110, septembre 2004, pages 131 à 145.

DE LARD B. et TANGUY H., 2009, *Le nouveau pilotage régional du système de santé par les Agences Régionales de Santé*, R.D.S.S. n°5, septembre – octobre 2009, pages 845 à 857.

DELERCE T., 2009, *Du « centre » à la « plate-forme », l'A.D.A.P.T. Rhône : plate-forme d'intégration sociale et professionnelle de proximité, un modèle en devenir ?*, Réadaptation n°556, janvier 2009, pages 24 à 26.

DOHY A. ed/, 2007, *Personnes Handicapées Vieillissantes : le défi de l'accompagnement*, Direction(s) n°44 septembre 2007, pages 22 à 29.

ELGUIZ F., 2008, *Le projet de loi A.R.S. : zoom sur le volet médico-social*, T.S.A. Hebdo n°1180, 24 octobre 2008, pages 9 à 15.

LAFORE R., 2009, *La loi H.P.S.T. et les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, R.D.S.S. n°5, septembre – octobre 2009, pages 858 à 873.

LEROUX P., 2004, *Santé et vieillissement des travailleurs en C.A.T.*, Gérontologie et Société n°110, septembre 2004, pages 229 à 250.

SA S., 2009, *Agences Régionales de Santé : la place du médico-sociale*, T.S.A. n°5 septembre 2009, pages à 34 à 39.

SCHEWEYER F.- X., 1994, *Le corps des inspecteurs des affaires sanitaires sociales*, Revue Française des Affaires Sociales, n°3, juillet – septembre 1994, pages 65 à 74

VULBEAU A., 1990, *De l'ingénierie sociale*, Information Sociale n° 4 mai – juin 1990, pages 2 à 4.

L'A.P.A.J.H. *entend s'ouvrir sur l'extérieur*, 2009, Réadaptation n°557 - février 2009, pages 14 à 16.

L'usure des travailleurs handicapés en E.S.A.T., A.S.H. n°2468 du 08 septembre 2006, pages 41 et 42.

Viellissement des personnes handicapées mentales : l'U.N.A.P.E.I. lance un cri d'alarme, A.S.H. n°2616 du 03 juillet 2009, pages 25 et 26.

- **Mémoires**

CHAPUIS S., 2003, *Le vieillissement des travailleurs handicapés mentaux en C.A.T. dans le département des Bouches-du-Rhône : enjeux et perspectives*, Mémoire de l'E.N.S.P., filière des Inspecteurs de l'actions sanitaires et sociales, 86 pages.

CZAJKOWSKI R., 1995, *Promouvoir la création d'une section de travail aménagé dans l'intérêt de certains adultes handicapés de C.A.T.*, Mémoire en vue de l'obtention du Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement Social, éd. E.N.S.P., 72 pages.

LAMIAUX J.-M., 1998, *Viellissement des travailleurs handicapés et recours au temps partiel dans les C.A.T. du Pas-de-Calais*, Mémoire de l'E.N.S.P., filière des Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, 101 pages.

LOFFICIAL F., 2006, *Poursuivre l'intégration professionnelle des travailleurs d'E.S.A.T. malgré le vieillissement et la fatigabilité*, Mémoire en vue de l'obtention du C.A.F.D.E.S., éd. E.N.S.P., 105 pages.

- **Sites Internet**

Site du Ministère de la Santé et des Sports : <http://www.sante-sports.gouv.fr/>

Site de la C.N.S.A. : <http://www.cnsa.fr/>

Site de la D.D.A.S.S. du Val d'Oise : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/ddass-95/accueil-ddass-95.html>

Site du Conseil Général du Val d'Oise : <http://www.valdoise.fr/>

Site de l'A.P.A.J.H. Val d'Oise : <http://www.apajh95.com/>

Site de l'A.P.E.D. l'Espoir : <http://www.aped-espoir.fr/>

- **Autres sources**

BLAISE J.-L., SHERLAW W. ed/, 2005, *La mise en perspective de la C.I.F.H dans la nouvelle politique de santé publique et du handicap*, Module Interprofessionnel de Santé Publique, E.N.S.P., 39 pages.

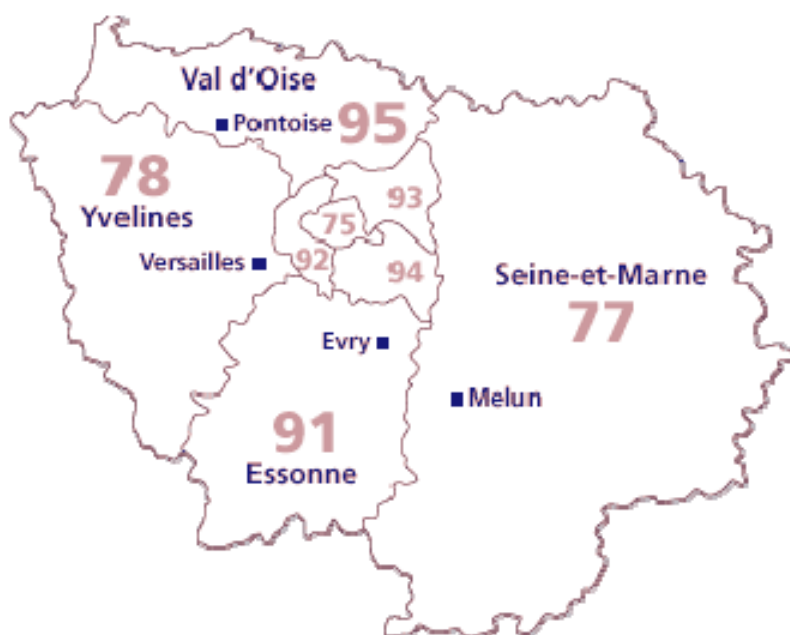
Société Française de l'Evaluation, 2003, *Charte de l'Evaluation des Politiques Publiques et des Programmes Publics* [en ligne], version du 21 juin 2006 [visité le 8.01.10], disponible sur Internet : <http://www.sfe.asso.fr/fr/charte-sfe.html>

Liste des annexes

- Annexe 1 Données démographiques de la région Ile-de-France
- Annexe 2 Localisation des établissements de prise en charge
intermédiaire du Val d'Oise
- Annexe 3 Nombre de places autorisées en établissements de prise en
charge intermédiaire en Ile-de-France, dans l'Oise et dans
l'Eure
- Annexe 4 Liste des personnes rencontrées
- Annexe 5 Grilles d'entretiens

Annexe 1

Données démographiques de la région Ile-de-France



| Département | Population en 2006 | Densité de la population (nombre d'habitants au km ²) en 2006 |
|-----------------------------|--------------------|---|
| Paris (75) | 2 215 197 | 20 696,2 |
| Seine-et-Marne (77) | 1 310 646 | 215,3 |
| Yvelines (78) | 1 429 610 | 611,0 |
| Essonne (91) | 1 217 716 | 664,1 |
| Hauts-de-Seine (92) | 1 561 261 | 8 747,2 |
| Seine-Saint-Denis (93) | 1 513 963 | 6 316,6 |
| Val de Marne (94) | 1 315 279 | 5 298,7 |
| Val d'Oise (95) | 1 176 466 | 928,7 |
| Région Ile-de-France | 11 740 138 | 960,1 |

Source : <http://www.statistiques-locales.insee.fr>

Annexe 2

Localisation des trois établissements de prise en charge intermédiaire du Val d'Oise



| | | |
|-----------|------------------------|---|
| 1 | Gonesse | <i>C.I.T.L. (Comité Départemental de l'A.P.AJ.H.)</i> |
| 2A | Jouy-le-Moutier | <i>C.I.T.V.S. (La Clé pour l'Autisme)</i> |
| 2B | Saint-Martin-du-Tertre | |
| 3 | Persan | <i>S.I.A.M.A.T. (A.P.E.D. l'Espoir)</i> |

Annexe 3

Etablissements de prise en charge intermédiaire en Ile-de-France

| | Nombre de CITL | Nombre total de places autorisées | Coût moyen à la place | Type de handicap | Population en 2000 |
|----------------------|---|-----------------------------------|-----------------------|--|--------------------|
| Paris 75 | NC | NC | NC | NC | 2 215 197 |
| Seine et Marne 77 | NC | NC | NC | NC | 1 310 646 |
| Yvelines 78 | NC | NC | NC | NC | 1 429 610 |
| Essonne 91 | 6 accueils de jour | 141 places installées | NC | NC | 1 217 716 |
| Hauts de Seine 92 | 24 centres d'initiation au travail et aux loisirs (CITL) | 596 places installées | 72.79 € | Handicap mental, polyhandicap | 1 561 261 |
| Seine Saint Denis 93 | 6 foyers d'accueil de jour dont 3 "sections d'accueil de jour" d'ESAT | NC | NC | Handicap mental, psychique, infirmes moteurs-cérébraux | 1 513 963 |
| Val de Marne 94 | 11 foyers et services d'accueil de jour | 202 places installées | 107.78€ | NC | 1 315 279 |
| Val d'Oise 95 | 3 CITL, CITVS, SIAMAT | places autorisées | NC | Handicap mental, psychique, autisme | 1 176 466 |

Etablissements de prise en charge intermédiaire dans les départements limitrophes du Val d'Oise

| | Nombre de CITL | Nombre total de places autorisées | Coût moyen à la place | Type de handicap | Population en 2000 |
|---------|--|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------|
| Eure 27 | 6 centres et services d'accueil de jour, 4 installés | 112 places autorisées (80 installées) | 65.75 € | Handicap psychique et intellectuel | 587 845 |
| Oise 60 | 0 | 0 | 0 | - | 816 142 |

Annexe 4

Liste des personnes rencontrées

| Nom | Fonction | Organisme de rattachement / Employeur |
|--------------------------|---|--|
| Christiane BON | Contrôleur du travail responsable de l'insertion des travailleurs handicapés | D.D.T.E.F.P. du Val d'Oise |
| Guillaume CHATAIGNER | Directeur de l'E.S.A.T. et du C.I.T.L. Pierre Mondoloni à Gonesse | Comité Départemental A.P.A.J.H. Val d'Oise |
| Rémy GUINAULT | Responsable des établissements et services médico-sociaux | Conseil Général du Val d'Oise |
| Jean-Michel LAMIAUX | I.A.S.S. chargé de la scolarisation et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées | C.N.S.A. |
| Philippe LECLERC | Directeur de l'E.S.A.T. et du S.I.A.M.A.T. l'Espoir à Persan | A.P.E.D. l'Espoir |
| Nathalie VALERO DEMOULIN | Responsable du contrôle et de la tarification des établissements et services adultes handicapés | Conseil Général des Hauts-de-Seine |

Annexe 5

Grille d'entretien : Comité Départemental A.PA.J.H. (C.I.T.L.)

1. Présentation du CITL

- 1.1 Quels sont les missions du CITL ?
- 1.2 Y'a-t-il des dispositifs de prise en charge existants qui vous ont inspirés pour créer votre CITL ? Si oui, lesquels ?
- 1.3 Quel est le fonctionnement et l'organisation à venir du CITL (nombre d'ETP, fonctions mobilisées) ?
- 1.4 Quelles sont les activités proposées au sein du CITL ?

2. Population accueillie au sein du CITL

- 2.1 Quel(s) type(s) de handicap seront pris en charge au sein du CITL?
- 2.2 Comment allez-vous "sélectionner" les usagers du CITL?
- 2.3 A quelle fréquence les personnes en situation de handicap pourront-elles être prises en charge au CITL et pour quelle durée?
- 2.4 Quelle est la principale zone géographique d'origine des personnes qui seront accueillies au sein du CITL?

3. Etude des besoins

- 3.1 Comment votre association a-t-elle eu l'idée de solliciter la création d'un CITL ? Quels étaient les besoins et comment les avez-vous identifiés ?
- 3.2 A-t-il été facile de faire adhérer les partenaires institutionnels à votre projet (par exemple le Conseil Général) ?

4. Partenariat et liens avec les autres acteurs susceptibles d'intervenir dans le parcours de vie de la personne en situation de handicap

- 4.1 Le CITL est-il une structure complètement autonome ou bien est-il intégré à un établissement déjà existant (un ESAT par exemple) ?
- 4.2 Si le CITL est sur le même site qu'un autre établissement ou un autre service de l'association, quels sont les moyens humains et matériels mis en commun ?
- 4.3 Quels seront les liens que vous prévoyez d'entretenir avec les autres établissements et services du secteur médico-social, et plus particulièrement avec les IMPro, ESAT et entreprises adaptées ?
- 4.4 Envisagez-vous d'établir des partenariats avec les services de droit commun (pôle emploi, mission locale des jeunes) ?
- 4.5 Prévoyez-vous de passer des conventions avec des établissements du secteur sanitaire? Et avec des établissements et services du secteur social ?

Y'a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez aborder ?

Souhaitez-vous apporter des compléments à ce qui a été dit lors de l'entretien ?

Acceptez-vous d'être nommé lors de la rédaction du mémoire ?

Grille d'entretien : A.P.E.D. l'Espoir (S.I.A.M.A.T.)

1. Présentation de l'Association de Parents d'Enfants Déficients l'Espoir

- 1.1 Pouvez présenter votre association, son historique, ses objectifs ?
- 1.2 Quels sont les établissements que vous gérez actuellement ?
- 1.3 Combien de personnes sont accueillies actuellement par les établissements de votre association ?
- 1.4 Quels sont les types de handicap que présentent les personnes que vous accueillez ?

2. Le projet de SIAMAT en terme de fonctionnement

- 2.1 Quel est l'objectif du nouveau projet que vous envisagez de construire, le SIAMAT ?
- 2.2 Où en est la demande d'autorisation de création de ce SIAMAT ?
- 2.3 Quels sont les financements que vous avez obtenus ou que vous souhaitez obtenir ?
- 2.4 Quel est ou quel sera le nombre de personne accueillie au SIAMAT ?
- 2.5 Les jeunes seront-ils un public cible pour intégrer le SIAMAT ?
- 2.6 Quels seront les travailleurs que vous recruterez pour le SIAMAT ?

3. Le projet de SIAMAT en terme d'accompagnement des personnes en situation de handicap

- 3.1 Comment avez-vous l'idée de créer une structure comme le SIAMAT ?
- 3.2 Comment est organisée l'activité du SIAMAT ?
- 3.3 Comment avez-vous décidé de créer cette activité ?
- 3.4 Combien de temps les personnes accueillies envisagent-elles de rester dans le SIAMAT ?
- 3.5 Pensez-vous que le SIAMAT est une expérience qui est amenée à se développer au niveau régional? Au niveau départemental ?

Y'a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez aborder ?

Souhaitez-vous apporter des compléments à ce qui a été dit lors de l'entretien ?

Acceptez-vous d'être nommé lors de la rédaction du mémoire ?

Grille d'entretien : Conseil Général du Val d'Oise

1. Analyse des besoins :

- 1.1 Comment ont été portés à votre connaissance les projets d'établissements de prise en charge intermédiaire ?
- 1.2 Quel est le profil de personnes orientées par la CDAPH en établissement de prise en charge intermédiaire ?
- 1.3 Concernant l'accueil des jeunes, quelles sont les différences entre un accompagnement en établissement de prise en charge intermédiaire et un accompagnement en IMPro ?
- 1.4 Si pour un jeune sortant d'IME un travail en ESAT à temps plein est trop pénible, des possibilités de prise en charge partielle au sein d'un foyer de vie existent. Quel serait alors l'intérêt d'un accompagnement en établissement de prise en charge intermédiaire pour les temps où le jeune ne travaille pas à l'ESAT ?

2. Fonctionnement des établissements de prise en charge intermédiaire :

- 2.1 Quels sont les différents personnels présents sur le site des établissements de prise en charge intermédiaire ?
- 2.2 Comment s'organise l'activité des établissements de prise en charge intermédiaire au cours de la journée s'ils accueillent tant des jeunes en attente de travail que des adultes en période de transition ou de reconstruction de leurs parcours ?
- 2.3 Un accueil de jour vous semble-t-il bien adapté par rapport aux objectifs d'insertion socioprofessionnelle des jeunes en situation de handicap ?

3. Financement des établissements de prise en charge intermédiaire

- 3.1 Comment sont financés les établissements de prise en charge intermédiaire ?
- 3.2 Prévoyez-vous à moyen terme une augmentation du nombre des places financées au sein des établissements de prise en charge intermédiaire ?

4. Développement des établissements de prise en charge intermédiaire à long terme

- 4.1 Pensez-vous que des structures identiques au CITVS sont amenées à être développées par d'autres associations du département ?
- 4.2 Pensez-vous que le CITVS est un dispositif qui doit être étendu à l'ensemble du territoire français ?

Y'a-t-il d'autres points que vous souhaiteriez aborder ?
Souhaitez-vous apporter des compléments à ce qui a été dit lors de l'entretien ?

Acceptez-vous d'être nommé dans lors de la rédaction du mémoire ?

Grille d'entretien : Conseil Général des Hauts-de-Seine

1. Panorama des équipements du département des Hauts-de-Seine

- 1.1 Combien d'Instituts Médico-Educatifs [IME] ? Combien de places cela représente-t-il ?
- 1.2 Combien d'Etablissements et Services d'Aide par le Travail [ESAT] sont installés dans le département des Hauts-de-Seine? Pour combien de places ?
- 1.3 Combien d'Entreprises Adaptées sont installées dans les Hauts-de-Seine ? Pour combien de places ?
- 1.4 Combien de Centre d'Initiation par le Travail et le Loisir [CITL] sont installés dans le département des Hauts-de-Seine ? Pour combien de places ? Pour quel coût moyen ?
- 1.5 Les CITL maillent-ils l'ensemble du territoire des Hauts-de-Seine ?
- 1.6 Combien des gestionnaires différents sont en charge des différents CITL des Hauts-de-Seine ?
- 1.7 Dans d'autres départements, les CITL sont des "sas" à l'entrée et à la sortie des ESAT. Ils sont pour cela localisés au sein même des ESAT. Est-ce le cas dans le département des Hauts-de-Seine ?

2. Rôle et compétences des CITL

- 2.1 Combien y'a-t-il de CITL pour chaque type de handicap mental, psychique et physique?
- 2.2 Quel est le rôle des CITL? Pouvez-vous donner un exemple d'une journée-type dans un CITL ?
- 2.3 Les CITL sont-ils uniquement des accueils de jour ? Si oui, où sont hébergées les personnes handicapées accueillies ?
- 2.4 Quelles sont les professionnels employés au sein un CITL ?

3. Personnes accueillies au sein des CITL

- 3.1 Quelles sont les personnes accueillies au sein des CITL ?
- 3.2 Les personnes accueillies sont-elles orientées par la CDAPH et ont-elles une double orientation ESAT / CITL ?
- 3.3 Quel est l'âge moyen des personnes accueillies dans les CITL du département ?
- 3.4 Où étaient prises en charge les personnes handicapées avant leur entrée au CITL (scolarisation ordinaire, scolarisation en milieu protégé, travail en milieu ordinaire, travail en milieu protégé, personnes sans solution de prise en charge par exemple) ?

4. L'environnement social et médico-social des CITL

Scolarité

- 4.1 Les IME du département travaillent-ils en lien avec les CITL (possibilité par exemple de passer quelques heures au CITL durant la scolarité à l'IMPro) ?
- 4.2 Selon vous, comment pourrait-on sécuriser le parcours des personnes en situation de handicap lors du passage d'une prise en charge par le secteur "enfants" à une prise en charge par le secteur "adultes" ?

Insertion professionnelle

4.3 Quels sont les liens entre les ESAT et les CITL (possibilité de faire des stages, possibilité d'aller-retour entre le CITL et l'ESAT par exemple) ? Est-ce que certains de ces partenariats ont été formalisés par des conventions ?

4.4 Existent-ils des passerelles entre les CITL et les entreprises adaptées ? Et entre les CITL et le milieu ordinaire (travail régulier avec certaines entreprises du département par exemple) ?

4.5 Les CITL ont-ils l'habitude de travailler en lien avec l'Association de Gestion des Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés [AGEFIPH] pour aider les personnes en situation de handicap à mettre en œuvre leur éventuel projet professionnel? Même question concernant le pôle emploi ?

4.6 Concernant plus spécifiquement les jeunes en situation de handicap, les CITL font-ils appels aux missions locales en faveur des jeunes pour les aider dans la construction de leur projet de vie ?

4.7 Ce volet "insertion professionnelle" est-il selon vous suffisamment mis en œuvre au sein des CITL ?

Insertion sociale

4.8 Les CITL travaillent-ils en lien avec des services médico-sociaux de type SAMSAH ou SAVS ?

4.9 Les CITL travaillent-ils en lien avec des assistantes sociales (employées par exemple par les Centres Communaux d'Action Sociale [CCAS] par exemple) ?

4.10 En quoi le suivi social et l'intégration sociale des personnes pris en charge par les CITL vous semble-t-il satisfaisants ou non satisfaisants ?

Prise en charge sanitaire

4.11 Certains CITL ont-ils établis des partenariats avec les établissements sanitaires? Si oui lesquels ?

4.12 Pensez-vous que le décloisonnement entre les CITL et le secteur sanitaire est bien mis en œuvre dans les Hauts-de-Seine, notamment pour les personnes en situation de handicap psychique ?

5. Relations avec les autres partenaires institutionnels

5.1 A quand remonte la création du premier CITL dans le département des Hauts-de-Seine? Par quelle association était-il porté ?

5.2 Le Conseil Général des Hauts-de-Seine continue-t-il aujourd'hui de soutenir des projets de création et d'extension de CITL ?

5.3 Les premiers projets de création des CITL ont-ils eu le soutien immédiat du Conseil Général des Hauts-de-Seine ou bien avez-vous eu à imposer des conditions aux promoteurs concernant le fonctionnement et la prise en charge au sein des CITL ?

5.4 Quelle est la position de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales concernant la prise en charge des personnes en situation de handicap au sein des CITL ?

Y'a-t-il d'autres points que vous souhaiteriez aborder ?

Souhaitez-vous apporter des compléments à ce qui a été dit lors de l'entretien ?

Acceptez-vous d'être nommé lors de la rédaction du mémoire ?

Grille d'entretien : C.N.S.A.

1. Le rôle de la CNSA

- 1.1 Quel est le rôle de la CNSA en matière d'insertion scolaire et socioprofessionnelle ?
- 1.2 En quoi consiste votre activité au sein de la CNSA ?
- 1.3 Quelles sont les actions spécifiques auxquelles la CNSA est associée dans le Val d'Oise concernant directement l'insertion sociale et professionnelle ?

2. Le rôle et les fonctions des CITL

- 2.1 Avez-vous connaissance dans votre activité de l'existence des établissements de prise en charge intermédiaire ? Si oui, quelle est votre perception de la prise en charge proposée ?
- 2.2 Y'a-t-il selon vous un intérêt à créer des CITL, et pourquoi ?
- 2.3 Pensez-vous que la création des CITL permette d'éviter à l'Etat d'engager certaines dépenses, en substituant par exemple une prise en charge médico-sociale à une prise en charge sanitaire dans le cadre du handicap psychique ou en permettant de sortir de l'ESAT un travailleur peu productif ?
- 2.4 Concernant plus particulièrement la prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique, le CITL permettra-t-il de gérer les phases de transition et les risques de décompensation ?

3. Le rôle des établissements et services médico-sociaux en matière d'insertion socioprofessionnelle

- 3.1 Quel peut être le rôle des IMPro dans l'insertion professionnelle des jeunes adultes en milieu ordinaire et en milieu protégé ?
- 3.2 Pensez-vous que l'implication des établissements médico-sociaux existants soit suffisante pour aider les personnes en situation de handicap à s'insérer de manière satisfaisante sur le plan social et professionnel ?

4. Le rôle des "plates-formes" en matière d'insertion sociale et professionnelle

- 4.1 Pensez-vous qu'une autre "clé de réussite" en matière d'insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap soit à rechercher du côté de services fonctionnant comme des plates-formes mettant en relation les établissements, le milieu protégé et éventuellement le milieu ordinaire ?
- 4.2 Avez-vous des exemples de département ayant une politique dynamique d'insertion socioprofessionnelle malgré l'absence d'établissements de prise en charge intermédiaire? Et avec des établissements de prise en charge intermédiaire ?
- 4.3 Globalement, quelles sont selon vous les voies d'amélioration possibles concernant l'insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap psychique et intellectuel ?

Y'a-t-il d'autres points que vous souhaiteriez aborder ?
Souhaitez-vous apporter des compléments à ce qui a été dit lors de l'entretien ?

Acceptez-vous d'être nommé lors de la rédaction du mémoire ?