

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES – Février 2003
Buc Ressources –Île de France
Option : Personnes Adultes Handicapées

**AMELIORER L'ACCUEIL EN CAT DES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE**

Une nécessaire articulation entre sanitaire et social

Bernard PELISSONNIER

SOMMAIRE

<u>Sommaire</u>	2
<u>Liste des sigles utilisés</u>	5
<u>Introduction</u>	6
<u>1- UN PROJET GLOBAL POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE : DU SOIN À L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL</u>	11
<u>1.1 La population orientée en CAT</u>	11
1.1.1 <u>Une majorité de malades mentaux</u>	11
1.1.2 <u>La question de l'hétérogénéité des publics</u>	11
1.1.3 <u>Physionomie comparée de la population accueillie au CAT MOSAÏC</u>	12
<u>1.2 La spécificité du handicap psychique</u>	17
1.2.1 <u>Les malades mentaux, des personnes en situation de handicap psychique</u>	17
1.2.2 <u>Le handicap psychique, avant tout « un désavantage social »</u>	19
1.2.3 <u>Le nécessaire accompagnement social</u>	21
1.2.4 <u>Le difficile accompagnement des personnes handicapées psychiques nécessite un travail de réseau</u>	21
<u>1.3 Des difficultés à reprendre une activité professionnelle en CAT</u>	22
1.3.1 <u>Les difficultés à entrer au CAT</u>	22
1.3.2 <u>Les difficultés dans le travail</u>	24
1.3.3 <u>Les difficultés de socialisation</u>	25
1.3.4 <u>Le travail est-il une aide pour les personnes en situation de handicap psychique ?</u>	26
<u>2- LE CAT : UN DISPOSITIF D'INSERTION PROFESSIONNELLE À RELIER AUX POLITIQUES DE SANTÉ MENTALE</u>	27
<u>2.1 Le CAT : un dispositif d'insertion professionnelle pour les personnes handicapées</u>	27
2.1.1 <u>Le travail, une référence de reconnaissance sociale</u>	27
2.1.2 <u>Le droit au travail</u>	27
2.1.3 <u>La reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés</u>	28
2.1.4 <u>La mission des CAT</u>	29
2.1.5 <u>L'évolution des CAT</u>	31

<u>2.2</u>	<u>Une mission confiée aux associations - L'association LES AMIS DE L'ATELIER</u>	32
2.2.1	<u>Un engagement auprès des personnes accueillies</u>	32
2.2.2	<u>Un fort développement</u>	32
2.2.3	<u>Une organisation favorisant le dynamisme par une logique d'acteurs, tout en assurant une cohérence du projet associatif</u>	33
<u>2.3</u>	<u>Le projet du CAT MOSAÏ C, favoriser l'insertion sociale</u>	34
2.3.1	<u>Un choix d'activités professionnelles et de métiers favorisant l'insertion sociale</u>	34
2.3.2	<u>L'équipe du personnel</u>	35
2.3.3	<u>Les contraintes économiques et les aides de l'État</u>	36
<u>2.4</u>	<u>Une articulation entre sanitaire et social à construire : un axe majeur des politiques de santé mentale</u>	38
2.4.1	<u>Une articulation préconisée unanimement depuis longtemps</u>	38
2.4.2	<u>Les expériences de réseaux en psychiatrie</u>	38
2.4.3	<u>Les conseils de secteur, un outil de coordination de réseau</u>	39
2.4.4	<u>Développer le partenariat entre acteurs de santé mentale</u>	41
2.4.5	<u>Les recommandations du schéma départemental des personnes handicapées</u>	42
<u>2.5</u>	<u>Le contexte de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale</u>	43
<u>3 -</u>	<u>METTRE EN ŒUVRE UNE ARTICULATION ENTRE SANITAIRE ET SOCIAL AU SERVICE DES PERSONNES : ENJEUX ET STRATÉGIES</u>	45
<u>3.1</u>	<u>Historique d'un questionnement : de la recherche de réponses internes au travail en partenariat</u>	45
3.1.1	<u>Des besoins des personnes en situation de handicap psychique dans l'accompagnement vers une activité professionnelle</u>	45
3.1.2	<u>Créer une structure d'initiation et de réadaptation au travail ?</u>	46
3.1.3	<u>S'inscrire dans une dynamique de recherche avec ses partenaires</u>	47
<u>3.2</u>	<u>Accompagner le retour à une activité professionnelle par l'élaboration d'un projet professionnel articulé entre sanitaire et social</u>	49
3.2.1	<u>Le processus d'admission</u>	49
3.2.2	<u>Offrir des parcours d'admission individualisés</u>	50
3.2.3	<u>Travailler le projet professionnel en coordination avec le secteur sanitaire</u>	52
3.2.4	<u>Mettre en place des conventions de partenariat avec le secteur psychiatrique</u>	53
3.2.5	<u>Créer des ponts entre atelier thérapeutique et CAT</u>	54
3.2.6	<u>Surmonter les difficultés dans la mise en place de ces partenariats</u>	54
3.2.7	<u>L'articulation entre sanitaire et social, une triangularisation constructive</u>	57
<u>3.3</u>	<u>Partenariat et stratégies de management</u>	58
3.3.1	<u>Une organisation en capacité d'innovation et de gestion de la complexité</u>	58
3.3.2	<u>Analogies du travail en partenariat et du travail en équipe pluridisciplinaire</u>	60

3.3.3	Éviter l'usure des professionnels	63
3.4	Valoriser l'image du travail en CAT, une alternative à la stigmatisation du handicap	64
3.4.1	L'ouverture sur notre environnement relativise le handicap	65
3.4.2	MOSAIC Services, le choix d'un nom	65
3.4.3	Rendre le travailleur acteur de son projet professionnel	66
3.4.4	Professionnaliser les ateliers : l'apprentissage de vrais métiers avec une exigence de qualité	67
3.4.5	Offrir des parcours vers l'insertion en milieu ordinaire	67
3.4.6	La reconnaissance du travail par le salaire	68
3.4.7	Renforcer l'expression et la participation des travailleurs	69
3.4.8	Utiliser les outils modernes de communication	71
3.4.9	La question de l'hétérogénéité des handicaps relativisée	71
3.5	A propos des moyens	73
3.5.1	Un besoin de personnel médical et paramédical	73
3.5.2	La reconnaissance des temps partiels et de l'absentéisme	74
3.6	Une démarche pragmatique de recherche et d'innovation, dans l'esprit de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale	74
3.6.1	Analyser	75
3.6.2	Explorer et tester des solutions	75
3.6.3	Évaluer	76
3.6.4	Apprendre de l'expérience pour aller plus loin	77
	Conclusion	78
	Bibliographie	81
	Liste des annexes	82

LISTE DES SIGLES UTILISES

Listés par ordre alphabétique

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAS	Centre Départemental d'Action Sociale
CHO	Centre Hospitalier d'Orsay
CIH	Classification Internationale des Handicaps
CITL	Centre d'Initiation au Travail et aux Loisirs
CMP	Centre Médico-Psychologique
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CROSS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP	Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
EPSR	Équipes de Préparation et de Suite au Reclassement professionnel
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
IMPRO	Institut Médico-PROfessionnel
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SEGPA	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de Malades mentaux

INTRODUCTION

En 1998, l'association « Les Amis de l'atelier » m'a confié la création du Centre d'Aide par le Travail (CAT) du Parc de Courtaboeuf (en Essonne) que je dirige depuis.

Dans le souci de répondre aux besoins locaux, et avec l'accord de l'association, j'ai proposé, dans le projet présenté au Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS)¹, que le CAT accueille des personnes adultes handicapées mentales, quelle que soit la nature du handicap, sur un critère de proximité géographique. Bien que la nature des handicaps soit très hétérogène, la majorité des personnes accueillies aujourd'hui souffre d'un handicap psychique et je constate, après quatre années de fonctionnement, une évolution croissante du nombre de candidatures de personnes malades mentales pour qui la reprise d'une activité professionnelle au CAT est difficile.

Pourquoi améliorer l'accueil au Centre d'Aide par le Travail (CAT) des personnes en situation de handicap psychique² ?

Un accueil qui doit prendre en compte les évolutions et les besoins spécifiques

Les premières années, depuis l'ouverture en septembre 1998, ont été consacrées à la mise en place des activités professionnelles :

- La première année, mise en place d'un atelier de conditionnement avec 25 personnes dans des locaux provisoires, pendant la réhabilitation des bâtiments.
- La deuxième année, avec, au total, 45 personnes accueillies, ouverture d'un restaurant en self-service accueillant des clients extérieurs.

¹ Le CROSS a été remplacé par le CROSMS Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (Nouvelle appellation de la section sociale du CROSS établie par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

² Dans l'ensemble du mémoire, l'expression « personnes en situation de handicap psychique » a été généralement préférée au terme de « malades mentaux » pour les raisons développées au chapitre 1.2.1, sauf quand l'objet du propos fait référence aux soins apportés à cette population.

- La troisième année, avec 70 personnes – capacité d'accueil de l'établissement-, ouverture d'une blanchisserie industrielle, d'une repasserie pour les particuliers et d'un atelier d'entretien de locaux.

L'accueil, qui a été rapide, a beaucoup évolué depuis l'ouverture. Lors des premiers accueils, les personnes s'intégraient facilement dans un petit groupe, découvrant ensemble et progressivement le métier au fur et à mesure de la mise en place des ateliers. Cette phase de démarrage, de « pionnier », avait un caractère un peu familial et chaleureux. Aujourd'hui le CAT a pris une autre dimension. Très normalement les ateliers se sont professionnalisés. Les nouveaux candidats rejoignent un établissement où les plus anciens ont pris leurs repères et acquis de réels savoir-faire professionnels. Ils rentrent au sein d'un groupe de soixante dix personnes avec des handicaps très différents.

Pour les personnes handicapées psychiques, pour lesquelles le rapport à la réalité et aux autres est difficile et angoissant, cela représente un effort de socialisation qui peut être très difficile, voire insurmontable.

La spécificité de cette population (isolement, fragilité, variabilité) nous oblige à concevoir un accueil plus souple, permettant une transition respectueuse des rythmes de ces personnes, prenant en compte les limites et les aléas de la maladie mentale.

L'accompagnement social des personnes en situation de handicap psychique au centre des enjeux des politiques de santé mentale

Les malades mentaux, grâce aux progrès des traitements qui stabilisent les manifestations de la maladie, peuvent espérer reprendre une place dans la cité. Pour cela, leur accompagnement social est devenu une nécessité revendiquée par les associations d'usagers et de leurs familles. Le retour à une activité professionnelle fait partie des possibilités qui peuvent leur redonner une place citoyenne. Beaucoup, malheureusement, de par leurs fragilités, ne peuvent reprendre un travail dans le milieu ordinaire qui est de plus en plus exigeant et sélectif. De ce fait ils demandent à être reconnus « travailleurs handicapés » par la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) et orientés vers le milieu protégé de travail en CAT. Ce changement de statut est difficile car il implique une acceptation du caractère permanent de la maladie. En effet, comme le souligne Marcel Jaeger « la maladie mentale doit laisser le pas au handicap et ce

changement d'appellation, pour les sujets concernés, est souvent mal vécu car il évoque une « incapacité » définitive »³.

Depuis quatre ans, je constate que ces personnes ont du mal à faire acte de candidature, rencontrent au cours du stage de pré-admission des difficultés à reprendre des horaires et un rythme de travail, renoncent ou sont ré-hospitalisées quand leur admission se profile à l'horizon. Toutes ces difficultés démontrent le besoin de temps et de construction d'une transition individualisée vers la reprise d'un travail. En effet, la reprise d'une activité professionnelle doit s'inscrire dans l'élaboration avec la personne d'un projet de vie globale. Celui-ci doit se construire en coordination entre tous les acteurs impliqués. En tant que directeur je pense que nous devons savoir rester dans les limites de notre rôle, centré sur le travail, et savoir travailler en partenariat avec l'ensemble des soutiens apportés à la personne : suivi médical, relation familiale, accompagnement à la vie sociale et à l'hébergement.

L'accompagnement de ces personnes, pour prendre en compte les aléas de la maladie, doit permettre des allers-retours de prise en charge en particulier avec le secteur médical. Alors que l'objectif de la médecine est la guérison, les partenaires de Santé Mentale France rappellent que celle-ci ne peut être totale dans le cas de la maladie mentale et qu'un suivi médical au long cours reste nécessaire : « Les médicaments ne guérissent pas les patients et la nécessité d'une prise en charge dans la durée demeure »⁴.

Une nécessaire articulation entre sanitaire et social

Pour permettre d'offrir un accompagnement à géométrie variable au service d'un projet individualisé et coordonné, l'articulation du secteur sanitaire avec le secteur social apparaît comme une recommandation convergente des différentes contributions récentes à l'élaboration des politiques de santé mentale :

- le schéma départemental des personnes adultes handicapées de l'Essonne,
- le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France,

³ JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris : Dunod, 2000, p.46.

⁴ SANTÉ MENTALE FRANCE. *Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris : Éditions de Santé, 2001, p.1. Les partenaires de Santé Mentale France sont un collectif pour une association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité. Le livre blanc regroupe les propositions présentées lors des réunions de juin 2001.

- le plan de santé mentale « L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover »⁵,
- le rapport Roelandt « La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale »⁶,
- le rapport parlementaire Charzat « pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap –du fait de troubles psychiques- et les moyens d'améliorer leur vie et celles de leurs proches »⁷,

Dans une première partie, nous examinerons les besoins des personnes en situation de handicap psychique, les caractéristiques de cette population qui, aujourd'hui plus qu'hier, est orientée en CAT. Nous chercherons à comprendre les spécificités du handicap psychique, et les « désavantages » sociaux qui en résultent. Nous analyserons les difficultés que ces personnes rencontrent dans la reprise d'un travail et comment cela questionne leur accueil en CAT.

Dans une deuxième partie nous regarderons le cadre et le contexte de cette problématique :

- Le cadre de la mission des CAT comme dispositif au service de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, et le rôle que peut jouer le travail dans leur intégration sociale,
- le projet et l'organisation de l'association gestionnaire « Les Amis de l'atelier », et du CAT que je dirige,
- le contexte des politiques de santé mentale qui appelle à la construction d'une articulation sanitaire et sociale, pouvant seule permettre de répondre aux besoins de cette population,
- le contexte de la mise en œuvre des dispositions de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, comme dynamique de ce projet qui cherche à améliorer et à individualiser l'accueil.

Dans une troisième partie, j'explique les stratégies et les moyens que je compte mettre en œuvre pour offrir un accueil plus adapté et personnalisé, avec des possibilités de remise au

⁵ PLAN SANTE MENTALE « L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover ». Ministère de la Santé, novembre 2001.

- Axe 4 : Développer le partenariat entre acteurs de santé mentale : l'articulation avec les partenaires sociaux et médico-sociaux.
- Axe 6 : Insertion sociale et professionnelle.

⁶ ROELANDT J-L. *Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport au ministre délégué à la santé, avril 2002 : La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité.

⁷ CHARZAT M. *Rapport parlementaire à Madame Ségolène Royal, Ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées*. mars 2002, 134 p.

travail diversifiées, accueil élaboré dans le cadre du projet professionnel de la personne en articulation avec le secteur sanitaire. Ce partenariat avec le secteur psychiatrique qui se tisse autour de l'accompagnement des personnes, dans la reconnaissance mutuelle des rôles complémentaires de chacun, est un gage pour assurer une prise en charge dans la durée qui peut permettre de prévenir les situations de crises et ainsi éviter de les traiter en urgence.

Je montre aussi que les principes et valeurs qui sous-tendent les pratiques du travail en partenariat, sont analogues à ceux que je souhaite développer pour la direction du CAT dans la façon de travailler en équipe pluridisciplinaire.

Améliorer l'accueil, c'est aussi réduire la stigmatisation du handicap par la culture d'ouverture sur notre environnement, fondement du projet du CAT, et par la valorisation et la professionnalisation du travail au CAT.

Enfin, c'est en me référant aux étapes d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, et en utilisant les instruments réglementaires de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, que je pense garantir la mise en œuvre de ce projet.

1 - UN PROJET GLOBAL POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE : DU SOIN A L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

1.1 La population orientée en CAT

1.1.1 Une majorité de malades mentaux

La COTOREP, commission départementale chargée d'établir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et des orientations en milieu de travail protégé, ne dispose pas de moyens d'établir des statistiques sur les caractéristiques des handicaps des personnes orientées en CAT. Cependant, d'après des informations recueillies auprès du secrétariat de la COTOREP 1^{er} section de l'Essonne, 65% des personnes orientées en milieu protégé souffriraient de troubles psychiques. C'est la première cause de handicap, confirmant la tendance de l'évolution repérée dans le schéma départemental des adultes handicapés de l'Essonne : « depuis quelques années, la population orientée vers les CAT semble plus fréquemment atteinte de pathologie mentale avec des troubles du comportement qui ne permettent pas une activité productive sans des soutiens plus particulièrement adaptés. »⁸. Il est certain que c'est une évolution majeure de la population concernée par le travail protégé en CAT. Cette évolution est due aux progrès des traitements médicaux qui permettent une stabilisation de la maladie et autorisent à envisager une réinsertion sociale, comme nous le verrons ci-après. Elle s'inscrit aussi dans l'évolution des politiques sociales de réduction des hospitalisations au profit de la psychiatrie de secteur. Cette nouvelle physionomie de la population orientée vers le travail protégé questionne l'accompagnement assuré par les CAT.

1.1.2 La question de l'hétérogénéité des publics

La Circulaire 60AS du 8 décembre 1978, qui constitue un des textes de référence explicitant la vocation et les caractéristiques des CAT, avait admis « qu'il peut s'avérer bénéfique pour certains malades mentaux qui ne relèvent pas de soins psychiatriques aigus d'être admis à participer à une structure collective de travail »⁹. Mais elle affirme aussi qu'il faut « veiller à ce que l'accueil de malades mentaux reste limité afin de ne pas rompre l'équilibre de la

⁸ SCHEMA DEPARTEMENTAL DES ADULTES HANDICAPES 2000-2005 DE L'ESSONNE. Annexe 2 : Evaluation du handicap et des capacités des travailleurs dans les Centres d'Aide par le Travail du département de l'Essonne, p. 5.

⁹ Circulaire 60AS du 8 décembre 1978, article 144-2.

population reçue par le centre d'aide par le travail et de ne pas détourner la vocation de celui-ci, qui reste avant tout l'accueil et la mise au travail des personnes handicapées »¹⁰.

S'appuyant sur cette circulaire, certains affirment que les CAT n'ont pas été prévus à l'origine pour cette population et qu'ils ne sont pas outillés pour cet accompagnement très spécifique. D'autres acceptent d'accueillir cette population mais pensent qu'il faut en effet respecter un quota maximum pour ne pas mettre en péril l'établissement. Enfin certains CAT sont spécialisés dans l'accueil exclusif des malades mentaux, ils sont généralement issus d'associations de professionnels de la santé et ont construit des partenariats avec le secteur hospitalier qui leur permettent de pouvoir rapidement mettre en œuvre un passage de relais vers une prise en charge sanitaire, quand cela est nécessaire.

Dans l'esprit de l'association, j'ai proposé, dans le projet de création présenté au CROSS, que le CAT puisse accueillir toutes les personnes quel que soit le type du handicap mental et répondre aux besoins locaux sur un critère de proximité géographique du lieu de résidence. Notre association souhaitait ainsi pouvoir répondre aux nouveaux besoins de places pour les personnes en situation de handicap psychique, suite à la politique de déshospitalisation des prises en charge de la maladie mentale.

Tout directeur d'établissement reçoit un jour ou l'autre des interpellations du personnel, tendant à demander une limitation de l'accueil de telle ou telle population plus difficile à accompagner : Comment à la fois prendre en compte l'envahissement que les troubles psychiques peuvent générer, mettant en péril la gestion de l'atelier, sans renoncer à accueillir largement cette population ?

L'accueil de cette population, que je souhaite a priori très large, pose des difficultés d'accompagnement que je développe ci-après et qui –pour moi en tant que directeur- ne peuvent être surmontées que dans le cadre d'un partenariat avec le secteur sanitaire.

1.1.3 Physionomie comparée de la population accueillie au CAT MOSAÏ C¹¹

1.1.3.1 Une population majoritairement en situation de handicap psychique

Lors du dernier recensement fait par la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) début janvier 2002, les caractéristiques de la population accueillie au CAT, établies par le médecin psychiatre de l'établissement, étaient les suivantes :

¹⁰ Circulaire 60AS du 8 décembre 1978, article 144-22.

¹¹ « Du Parc de Courtaboeuf » est le nom institutionnel du CAT, et « MOSAÏC Services » est le nom commercial et identitaire choisi en lien avec le projet d'établissement. (Se reporter au §3.4.2).

Tableau 1 : Nature des déficiences principales et secondaires

Tableau comparatif des déficiences repérées dans l'enquête effectuée dans le cadre du schéma départemental des adultes handicapés sur la population des CAT de l'Essonne en 1999 avec celles des personnes accueillies au CAT MOSAÏC lors de l'enquête DREES ¹²

Code	NATURE DÉFICIENCE	Effectifs CAT de l'Essonne en 1999 ¹³ Schéma départemental				Effectifs CAT MOSAÏC en 01/2002 enquête DREES			
		Déficiency principale		Déficiency secondaire		Déficiency principale		Déficiency secondaire	
11	Retard mental profond	25	4%	6	2%	0	0%	0	0%
12	Retard mental moyen	207	31%	16	5%	29	41%	0	0%
13	Retard mental léger	178	26%	40	12%	13	19%	12	17%
19	Autres déficiences de l'intelligence	23	3%	1	0%	0	0%	0	0%
21	Déficiences intermittentes critiques de la conscience - Epilepsie	23	3%	24	7%	2	3%	2	3%
23	Déficiences du comportement	91	13%	19	6%	8	11%	27	39%
24	Troubles psychiatriques graves					14	20%	1	1%
25	Troubles du caractère	24	4%	27	8%	0	0%	13	19%
26	Déficiency des émotions	58	9%	74	23%	0	0%	0	0%
30	Déficiency sévère du langage et de la parole	3	0%	22	7%	0	0%	0	0%
39	Autres déficiences de la communication	7	1%	19	6%	0	0%	0	0%
40-44	Surdi-mutité	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%
41	Perte auditive bilatérale profonde	2	0%	1	0%	0	0%	0	0%
42	Déficiency auditive bilatérale sévère	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%
43	Autres déficiences auditives moyennes ou légères	1	0%	4	1%	0	0%	0	0%
51	Déficiency visuelle bilatérale profonde	0	0%	3	1%	0	0%	0	0%
54-59	Déficiency visuelle profonde d'un oeil & autres déficiences visuelles	0	0%	10	3%	0	0%	2	3%
	Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles	2	0%	14	4%	0	0%	0	0%
	Déficiences motrices	24	4%	39	12%	4	6%	0	0%
	Déficiences esthétiques	2	0%	4	1%	0	0%	0	0%
	Polyhandicap associant une déficiency mentale grave à une déficiency motrice importante	4	1%	1	0%	0	0%	0	0%
	TOTAL	675	100%	325	100%	70	100%	57	82%

Ce tableau, basé sur le répertoire des déficiences de la classification internationale des handicaps, ne donne pas d'indication sur le diagnostic de leur cause. Le médecin psychiatre de l'établissement a diagnostiqué :

- Quatorze personnes (soit 20%) souffrant de psychoses schizophrènes,

¹² Zones grisées du tableau : codification inexistante dans l'enquête DREES ou codes divergeant avec l'enquête du schéma départemental.

- Six personnes (soit 8,5%) souffrant de psychose infantile.

Par ailleurs, le fait que 32 personnes (soit 46%) aient un traitement psychotrope permanent, est un autre indicateur pouvant caractériser la proportion de personnes souffrant de handicap psychique travaillant au CAT.

La proportion de personnes souffrant de troubles du comportement et de troubles graves du psychisme codés 23 et 24, qui demandent un accompagnement psychologique important, est beaucoup plus forte au CAT que la moyenne des CAT de l'Essonne. En effet, au CAT, 50 personnes sur 70 – soit 71% -sont répertoriées souffrant de déficience principale ou secondaire codées 23 ou 24 alors que la proportion de cette catégorie n'est que de 19% dans l'enquête du schéma départemental.

Dans l'enquête DREES, aux questions complémentaires concernant les incapacités des personnes, il est à noter que :

- quatre personnes ont été repérées comme pouvant « *parfois* » se mettre en danger par leur comportement,
- trois personnes ont été repérées comme pouvant avoir « *parfois* » un comportement anormalement agressif.

Ainsi les déficiences du psychisme -les troubles de la conduite et du comportement et les troubles graves de la personnalité et des capacités relationnelles- apparaissent, pour le psychiatre de notre établissement, comme la déficience majeure de la population du CAT.

1.1.3.2 Des personnes en situation de « handicap social »

Bien que ce ne soit pas le thème de ce mémoire, il faut souligner que des personnes ayant un handicap social sont orientées en CAT. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ne doit prendre en compte théoriquement que le handicap et non les problèmes sociaux ayant écarté une personne du marché de l'emploi. Une « analyse statistique et qualitative de la population reconnue handicapée orientée vers le milieu ordinaire montre que ces personnes sont confrontées à une précarité qui résulte moins du handicap que de leur origine sociale et de leur trajectoire de vie »¹⁴.

Aujourd'hui nous accueillons quatre personnes présentant principalement des troubles du comportement liés à une problématique de carences affectives et de désocialisation et

¹³ SCHEMA DEPARTEMENTAL DES ADULTES HANDICAPES 2000-2005 DE L'ESSONNE. mars 2000, Annexe 2 : Evaluation du handicap et des capacités des travailleurs dans les Centres d'Aide par le Travail du département de l'Essonne, Causes du handicap, p. 23.

¹⁴ PIERRE J.M. Travail, handicap et précarité, *Handicap, revue des sciences humaines et sociales*. janvier-mars 2001, n°89, pp. 1-22.

secondairement un retard intellectuel léger qui en a découlé. Le CAT peut être, pour cette population, une étape de resocialisation pouvant déboucher sur un retour en milieu ordinaire. Cette population, qui est source de nombreuses difficultés relationnelles avec les autres personnes accueillies, demande un accompagnement important que les moniteurs d'atelier, confrontés aux contraintes de production et non formés sur le plan éducatif, ne sont pas toujours en mesure d'apporter.

1.1.3.3 L'hébergement

Tableau 2 : Modes d'hébergement

MODE D'HÉBERGEMENT	Effectifs des CAT de l'Essonne en 1999 Schéma départemental ¹⁵		Effectifs CAT MOSAIC en 01/2002 enquête DREES	
Famille	318	45%	35	50%
Famille d'accueil	16	2%	2	3%
Appartement individuel	111	16%	12	17%
Appartement thérapeutique	18	3%	1	1,5%
Service de suite	40	6%	1	1,5%
Foyer collectif	130	18%	0	0%
Foyer appartement	63	9%	17	24%
Établissement sanitaire	4	1%	1	1,5%
Autres hébergements	3	0%	0	0%
TOTAL	703	100%	70	100%

Le CAT étant jeune, une majorité des travailleurs vit encore dans les familles, mais plusieurs ont accédé à un hébergement autonome avec service d'accompagnement au premier semestre 2002. Après deux ou trois ans en CAT, les personnes qui sont encore dans leur famille aspirent à un logement propre, signe de l'autonomie qu'ils ont gagnée par le travail.

Le mode d'hébergement est un facteur essentiel dans la problématique de l'accompagnement social des personnes en situation de handicap psychique. Nous verrons comment la nécessité d'une articulation du CAT avec le sanitaire est encore plus indispensable quand ces personnes sont dans leurs familles et n'ont pas d'autres accompagnement social que le CAT.

1.1.3.4 Une population jeune

La population accueillie a un âge moyen de 33 ans, compris entre 19 et 55 ans. Le CAT étant récent, cette population est plutôt jeune. Il faudrait cependant différencier la population

¹⁵ SCHEMA DEPARTEMENTAL DES ADULTES HANDICAPES 2000-2005 DE L'ESSONNE. mars 2000, Annexe 2 : Evaluation du handicap et des capacités des travailleurs dans les Centres d'Aide par le Travail du département de l'Essonne, Causes du handicap, p. 22.

très jeune venant des Instituts Médico-Professionnel (IMPRO) et les personnes en situation de handicap psychique qui arrivent au CAT à tout âge.

1.1.3.5 Un niveau de qualification très faible

Seulement 5 personnes ont un niveau Certificat d'Aptitude Professionnel (CAP) et 3 un niveau baccalauréat sans avoir le diplôme. Ce faible niveau de qualification montre que les personnes avec un handicap psychique que nous accueillons ont aussi un versant déficitaire ou du moins un retard mental léger.

1.1.3.6 Une augmentation croissante des personnes en situation de handicap psychique

Cette évolution de la population est très sensible au niveau des candidatures au CAT MOSAÏC :

Depuis 2001 nous avons reçu beaucoup moins de candidatures que les années précédentes. Cette évolution est due à la résorption des listes d'attente, grâce à la politique de création de places en nombre important dans le département. En effet le nombre de places de CAT dans le département de l'Essonne est passé de 855 en 1996 à 1340 en 2001, soit une augmentation de 57% en cinq ans. L'Essonne, dont le taux de places de CAT par rapport à la population était un des plus faibles de France, a bénéficié de 20% des créations de places en région parisienne.

Nous ne recevons quasiment plus de candidatures orientées par des IMPRO (qui représentaient 36% des candidatures en 1998). Avec aujourd'hui la disponibilité de places dans quasiment l'ensemble des CAT de l'Essonne, les jeunes sortant d'IMPRO ont plus naturellement tendance à être orientés vers les CAT des associations qui en ont la gestion, plutôt qu'au CAT MOSAÏC. Or les jeunes venant d'IMPRO représentent la majeure partie de la population avec un handicap de déficience mentale qui est orientée en CAT.

De ce fait, la majorité des candidatures sont maintenant des personnes en situation de handicap psychique. Le tableau ci-dessous illustre bien cette évolution des candidatures et en conséquence celle des admissions.

Dans les admissions des années Nbre (%/ admissions)	1998	1999	2000	2001	2002
Origine IMPRO	7 (50%)	9 (27%)	3 (14%)	1 (7%)	0 (0%)
Personnes trisomiques	6 (43%)	3 (9%)	3 (14%)	1 (7%)	0 (0%)
Personnes avec un traitement psychotrope	3 (21%)	21 (64%)	12 (55%)	5 (36%)	4 (100%)
Personnes schizophrènes	1 (7%)	9 (27%)	8 (36%)	4 (29%)	3 (75%)
Total admission	14	33	22	14	4

Le schéma départemental relevait aussi cette évolution : « Depuis quelques années, la population orientée vers les CAT semble plus fréquemment être atteinte de pathologie mentale avec des troubles du comportement qui ne permettent pas une activité productive sans des soutiens plus particulièrement adaptés. »¹⁶

1.1.3.7 Une stabilité bien moindre au CAT des personnes en situation de handicap psychique

En quatre ans, depuis l'ouverture du CAT, sur 23 personnes sorties du CAT,

- 4 sont sorties pour un autre projet (autre CAT ou autre région),
- 2 pour arrêt de prise en charge par le CAT pour violence,
- 17 personnes sont sorties sans projet par démission ou abandon après plusieurs mois d'absence. Ces personnes sont toutes des personnes handicapées psychiques.

Le turn-over de cette population est beaucoup plus important¹⁷ que pour les autres types de handicap.

1.2 La spécificité du handicap psychique

1.2.1 Les malades mentaux, des personnes en situation de handicap psychique

Jusqu'à aujourd'hui le terme de handicap mental recouvrait à la fois, de façon indifférenciée, les problématiques liées aux pathologies psychiques et celles relatives à la déficience mentale. Le terme de handicap psychique a été revendiqué par l' Union Nationale des Amis et Familles de Malades mentaux (UNAFAM), pour signifier la spécificité des problématiques de la maladie mentale.

Le livre blanc de Santé Mentale France¹⁸ établit trois différences notables :

- Du côté du handicap psychique, les capacités intellectuelles peuvent rester vives, alors que la déficience est une caractéristique du handicap mental.
- Les soins sont importants alors qu'ils sont marginaux du côté du handicap mental.

¹⁶ SCHEMA DEPARTEMENTAL DES ADULTES HANDICAPES 2000-2005 DE L'ESSONNE. mars 2000, Annexe 2: Evaluation du handicap et des capacités des travailleurs dans les Centres d'Aide par le Travail du département de l'Essonne, Causes du handicap, p. 4.

¹⁷ 20% à 25% par an (chiffre d'un CAT parisien spécialisé dans l'accueil des malades mentaux).

¹⁸ SANTÉ MENTALE FRANCE. *Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris : Éditions de Santé, 2001, p.31.

- Les aléas de la maladie mentale demandent des ajustements incessants des prises en charge, alors que des solutions durables peuvent être apportées pour compenser les incapacités stables du handicap mental.

C'est aussi « un des moyens de faire exister [cette] population en la désignant par un nom qui la distingue des autres handicaps. Ceci justifie le terme de « handicap psychique » »¹⁹. On peut s'étonner d'un mot aussi fort que « faire exister » mais il révèle bien la différence de reconnaissance : le handicap lié à la maladie mentale n'est pas encore reconnu dans les mentalités de nos concitoyens comme le handicap mental.

Dans ce mémoire, j'utilise le terme de « en situation de handicap psychique » que nous préférons utiliser dans notre association pour ne pas caractériser la personne par l'attribut de son handicap. Il y a eu une évolution de la sémantique importante traduisant un meilleur respect de la personne. On parlait « des handicapés », tous assimilés à leur handicap, puis « des personnes handicapées » et aujourd'hui « des personnes en situation de handicap » rappelant que le handicap ne découle pas seulement de la déficience mais aussi de l'incapacité de la société à la prendre en compte.

Pour décrire la souffrance et le handicap que vivent les malades mentaux, j'emprunte les mots au livre blanc des partenaires de « Santé Mentale France » : « la maladie psychique est une agression fondamentale pour l'être humain. L'intégrité de la personne est en jeu et cela ne se voit pas clairement de l'extérieur. La capacité à l'autonomie est amoindrie. Des comportements et des idées rigides et incontrôlées apparaissent créant des dépendances qui peuvent être quasiment insurmontables. Elles empêchent, le plus souvent, la libre expression de la personne. L'aspect difficilement supportable de la maladie réside dans le caractère excessif, absolu et interminable des manifestations de ces dépendances.... Il en résulte une sorte de fascination de l'instant présent qui rend la vie angoissante et souvent très difficile... La personne ne peut plus vivre normalement. Son mode de conscience devient répétitif et inadapté à la diversité du quotidien »²⁰. Cette évocation montre bien à la fois que le vécu de ces personnes restera toujours incommunicable et combien cette maladie est handicapante dans la relation aux autres.

Le handicap psychique se traduit pour la personne, d'une manière ou d'une autre, par une non adéquation du rapport à l'environnement. Derrière le handicap psychique caractérisé par les difficultés de la personne qui n'a plus les capacités, ou les possibilités, de participer aux échanges liés à la vie sociale, se profilent l'isolement, l'inadaptation et l'exclusion.

¹⁹ Ibid. p. 31.

²⁰ Ibid. p. 11.

La maladie peut être « stabilisée » par des traitements pharmacologiques. Cependant une personne malade mentale, même stabilisée, peut à tout moment être à nouveau envahie par les troubles psychiques qui perturbent son rapport à l'autre, interrogent son environnement et peuvent provoquer son isolement. C'est pourquoi la persistance de la dimension des soins doit pouvoir être articulée avec la dimension de l'accompagnement social. L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique nous oblige à dépasser les barrières séparant la prise en charge sanitaire et sociale.

Le caractère « évolutif »²¹ de la maladie mentale est déstabilisant non seulement pour les personnes mais aussi pour ceux qui les accompagnent. Alors que le handicap mental lié à la déficience est aujourd'hui reconnu et accepté par notre société, le handicap lié à la maladie mentale fait peur, reste étranger et méconnu pour la majorité. « La maladie psychique crée des incapacités au cœur de la personne »²² qui ne peuvent être comprises par l'entourage. La souffrance et la solitude qui en résulte constituent « le drame de la psychose [qui] témoigne d'une part irréductible et invisible de l'homme »²³.

1.2.2 Le handicap psychique, avant tout « un désavantage social »

Une caractérisation du handicap psychique est difficile.

La classification internationale des handicaps (CIH) construite à partir du modèle de Wood²⁴, adoptée par la France en 1988 et servant de référence à la COTOREP, propose de répertorier le handicap consécutif à une maladie par :

- la déficience : « perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique »,
- l'incapacité résultant d'une déficience : « toute réduction, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normale pour un être humain »,
- le désavantage social pour un individu « résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels ».

²¹ Ibid. p. 33.

²² Ibid. p. 12.

²³ Ibid. p. 11.

²⁴ CTNERHI – INSERM. Classification Internationale des Handicaps. ed. Evry : PUF, 1988, 203 p.

Les déficiences du psychisme sont regroupées sous le terme générique de psychose : troubles de la personnalité et de l'identité avec perte des repères entre soi et non-soi, entre sa propre réalité et celle du monde extérieur.

Les incapacités résultant des déficiences psychiques couvrent quasiment l'ensemble des incapacités du répertoire de la CIH : comportement, communication, soins corporels, locomotion, utilisation du corps, maladroitness.

« Ces incapacités empêchent le plus souvent nos proches de faire valoir leurs droits, même les plus élémentaires »²⁵ et confirment l'importance du désavantage social qui en résulte.

L'intérêt de la notion de « désavantage » introduite par la Classification Internationale réside dans le fait qu'elle nomme ce dont la personne souffre au final, et oriente la réflexion sur la responsabilité de l'environnement. Et c'est dans les tentatives de transformation de cet environnement pour réduire le désavantage que se situe le champ de l'action sociale.

L'évolution actuelle de la classification internationale du handicap²⁶, avec la publication récente de la « classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé »²⁷, fondée sur une critique du chevauchement entre les notions d'incapacité et de désavantage, proposent trois autres concepts dans une tentative de construire une formulation positive se voulant moins stigmatisante : Déficience, Activité, Participation. La notion de « participation sociale » évoque la norme qui devrait être accessible à tout citoyen et rappelle la responsabilité de l'environnement social.

Je suis personnellement sensible au souci anglo-saxon de nommer les potentialités plutôt que les manques. Je ne sais pas si cette tentative peut être réaliste dans une classification qui doit être un outil pour aider les politiques sociales à identifier les compensations à mettre en œuvre. Mais, lors de l'élaboration des projets personnalisés, je crois beaucoup à la valeur positive du regard porté sur les potentialités plutôt que sur les incapacités, qui ouvre sur l'avenir et dégage des possibles au-delà de ce que l'on aurait pu imaginer.

Les débats sur la classification du handicap révèlent deux approches complémentaires : la vision hospitalière ou biomédicale, où le handicap est considéré comme un attribut du sujet, et l'approche sociale, pour laquelle le handicap réside plus dans le désavantage social lié à la capacité plus ou moins grande de l'organisation de la société à assimiler l'altérité

²⁵ SANTÉ MENTALE FRANCE. *Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris : Éditions de Santé, 2001, p. 12.

²⁶ CHAPIREAU F. Les débats et enjeux de la révision de la classification internationale des handicaps. *Handicap et inadaptations les cahiers du CTNRHI*, juillet-décembre 1998, n°79-80, pp. 67-84.

²⁷ Adoptée en mai 2001 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

conséquence à la déficience. Nous sommes là au cœur de notre sujet, de la nécessaire articulation sanitaire et sociale, le sanitaire cherchant à réduire chez la personne les conséquences de ses déficiences et le social cherchant à favoriser l'intégration pour réduire le désavantage.

1.2.3 Le nécessaire accompagnement social

Depuis 40 ans la politique de secteur et les progrès des traitements ont permis de stabiliser les troubles psychiques. Ainsi 80% des personnes handicapées psychiques vivent aujourd'hui dans la cité²⁸.

Nous avons vu que le handicap psychique est avant tout caractérisé par un handicap social pouvant conduire à l'inadaptation et à l'exclusion. Les partenaires de Santé Mentale France, regroupant des associations d'usagers et de soignants, réclament dans un Livre Blanc, sous-titré « l'accompagnement dans la cité », que la dimension de l'accompagnement social devienne une priorité mieux prise en compte.

Le corps hospitalier est conscient que, dans le cadre des réductions budgétaires des hôpitaux, de l'allongement des files d'attente (espacement des consultations, thérapies,...), l'efficacité des soins qu'il dispense sera grandement favorisée par l'accompagnement social qui pourra être assuré. Jean-Pierre Escaffre avait illustré cela en énonçant ce théorème : « pour un degré d'état de santé donné, la probabilité d'hospitalisation d'un individu est inversement proportionnelle à la capacité de soutien de son réseau social »²⁹.

1.2.4 Le difficile accompagnement des personnes handicapées psychiques nécessite un travail de réseau

Dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, « il faut prévoir des aléas, des changements constants et des risques parfois importants auxquels il faut pouvoir répondre ». Face à cette variation constante des besoins qui épuise l'entourage et les professionnels, l'UNAFAM affirme que « c'est le processus du partenariat qui paraît adapté aux nécessités de [cet] accompagnement »³⁰. De même le rapport Roelandt affirme qu'« il convient de mettre en place résolument un mode de fonctionnement participatif décloisonné et citoyen pour l'ensemble des partenaires concernés par la santé mentale des Français. La

²⁸ SANTÉ MENTALE FRANCE. *Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris : Éditions de Santé, 2001, p. 23.

²⁹ ESCAFFRE J-P. Réseaux sociaux et prises en charge hospitalière, *Cahiers de l'École Nationale de la Santé publique*, 1988, n°2, p. 40.

³⁰ SANTÉ MENTALE FRANCE. *Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris : Éditions de Santé, 2001, p. 9.

philosophie est la démocratie sanitaire, l'outil est le réseau »³¹ En effet si le réseau se constitue dans une collaboration où la diversité des pratiques est vécue comme une richesse, alors « pour un usager donné le choix dans les réponses qui lui seront données au sein du réseau pourra devenir identique quel que soit le partenaire du réseau sollicité puisque le choix se fera vers le professionnel possédant les compétences nécessaires au suivi de ce patient à ce moment précis de son évolution »³². Cette vision idéale montre l'importance de la reconnaissance mutuelle des spécificités de chaque professionnel, de connaître les limites de son champ de compétence, et de savoir passer le relais. «La pratique en réseau est le moyen le plus puissant d'explicitation des pratiques puisqu'il repose sur des définitions précises des spécificités de chacun »³³. Le réseau repose sur des valeurs entre partenaires de réciprocité, d'accessibilité, de parité, d'égalité.

1.3 Des difficultés à reprendre une activité professionnelle en CAT

Le nombre de personnes en situation de handicap psychique qui n'arrivent pas à effectuer le stage de pré-admission, à accepter de reprendre une activité professionnelle en rejoignant le CAT lorsqu'on leur propose une admission, ou qui abandonnent au bout de quelques semaines, nous interpelle. J'ai cherché à identifier les difficultés spécifiques rencontrées.

1.3.1 Les difficultés à entrer au CAT

Une analyse des stages proposés qui n'ont pas été effectués complètement montre que 80% des personnes concernées souffraient de troubles psychiques.

En début d'année, trois personnes handicapées psychiques qui avaient fait un stage concluant et semblaient intéressées pour rejoindre le CAT, n'ont pas réussi à faire le pas. Une a préféré arrêter après un mois, deux autres ont été hospitalisées dès leur admission et ne sont pas encore venues travailler depuis.

Les obstacles que nous avons pu identifier :

➤ **Faire le deuil d'un travail passé** : pour faire la démarche de reprendre un travail au CAT, il leur faut souvent abandonner le souvenir d'une activité professionnelle passée

³¹ ROELANDT J-L. *Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport au ministre délégué à la santé, avril 2002, p. 10.

³² Ibid. p. 36.

³³ Ibid. p. 36.

idéalisée ou au contraire redoutée car trop chargée d'expériences négatives liées à leur maladie.

➤ **Rejet de l'image du handicap renvoyée par le CAT** : notre CAT accueillant tout type de handicap mental, associé quelquefois à un handicap physique, il peut être difficile pour les personnes malades mentales qui ont des capacités intellectuelles, qui ont parfois fait des études importantes, d'accepter de côtoyer des collègues marqués par la déficience ou le handicap physique. Il est certain que les relations interpersonnelles au CAT s'organisent en fonction des niveaux intellectuels et affectifs des personnes : une personne trisomique et une personne malade mentale n'auront quasiment aucune relation d'échange. Une personne malade mentale reconnaît qu'elle est malade, mais souvent dénie son handicap. Pour accepter de venir travailler au CAT, « il lui faut apprendre à vivre avec son handicap »³⁴.

➤ **Reprendre un rythme de vie avec des horaires et des contraintes** demande une remobilisation et un changement d'habitudes exigeant qui est aussi une confrontation avec la réalité. Les repères et les exigences de la vie sociale sont des outils de réinsertion. Ces exigences d'horaires, de temps de travail, de constance, de compagnonnage, que va demander la reprise d'un travail au CAT, « l'hospitalisme ne l'apporte pas »³⁵.

➤ **Se réinscrire dans un projet** : pour ces personnes, le travail est souvent idéalisé comme « un mythe salvateur qui fonctionne d'autant plus qu'on en est éloigné »³⁶, qui permet de « s'accrocher à l'idée d'une insertion idéale toujours remise à demain sans se confronter à la réalité, qui permet d'accepter son statut actuel de malade »³⁷. « Ils ne peuvent envisager un possible entre tout ou rien » tel que le compromis d'une proposition de travail en CAT.

Ces personnes ainsi que leur entourage familial redoutent souvent le changement³⁸, et il leur faut « sortir du contexte protecteur organisé autour de la maladie »³⁹. Rester accroché à ce statut de « malade » est également une façon pour eux de rester « objet » de soins, de ne pas s'engager, et de ne prendre aucune responsabilité en tant que « sujet ». Le statut de malade peut les entretenir dans le déni du handicap et leurre d'une guérison totale.

³⁴ D'HEILLY H., SORRIAUX J.Ph. *De l'insertion à l'autonomie : Quelle réalité pour les malades mentaux*. Paris : Eres, 1995, p. 37.

³⁵ Ibid. p. 14.

³⁶ Ibid. p. 34.

³⁷ Ibid. p. 37.

³⁸ Ibid. p. 12.

³⁹ Ibid. p. 20.

➤ **Une transition brutale et culturelle entre la prise en charge sanitaire et sociale :** les personnes en situation de handicap psychique qui posent candidature au CAT ont souvent abandonné leur activité professionnelle depuis plusieurs années. Elles ont participé à des activités organisées par les hôpitaux de jour, à des ateliers thérapeutiques, (ou CATTTP centre d'activités thérapeutiques à temps partiel) qui ne les occupent pas à plein temps, et dans un environnement sanitaire où le patient doit faire la démarche. En leur proposant un travail en CAT, il leur est demandé de changer brutalement de vie, d'abandonner les lieux sécurisants de l'hôpital, et de rejoindre un projet plus contractuel et engageant : en effet leurs ressources dépendront de leur présence au travail. Enfin la prise en charge sociale ne peut se faire sans la reconnaissance du « handicap » par la COTOREP, c'est un changement de statut qui comme nous l'avons vu en introduction n'est pas toujours bien vécu.

➤ **Le salaire, peut-il créer une véritable motivation ?** Ces personnes qui savent calculer font leur comptes : paradoxalement elles ne sont pas assurées d'augmenter de façon significative leurs ressources en venant travailler au CAT. En effet le calcul de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) basé sur le principe de la garantie de ressources diminue en fonction du salaire et des ressources annexes. Un travailleur handicapé ne gagne environ que 300€ de plus par mois que s'il ne venait pas travailler et touchait son AAH à taux plein. J'ai vu des situations de personnes bénéficiant de pensions d'invalidité où le bilan financier était même négatif ! Quelquefois le souhait d'accéder à un logement autonome peut être une motivation temporaire, le temps de l'obtenir quand une garantie de salaire est demandée.

Cependant, psychologiquement, le salaire qui est gagné procure un sentiment d'indépendance financière qui favorise le retour à une certaine autonomie dans les actes de la vie sociale.

1.3.2 Les difficultés dans le travail

Les personnes accueillies au CAT sont des personnes souffrant de troubles psychologiques stabilisés par des traitements. Cette stabilisation est nécessaire pour leur permettre de pouvoir travailler. Souvent un équilibre précaire est atteint qui peut être rompu par des phases plus aiguës de la maladie, par un traitement mal ajusté ou mal pris, par des changements de leur environnement. Les moniteurs d'atelier sont confrontés à un accompagnement difficile quand les troubles psychiques sont trop envahissants et qu'ils mettent la personne en incapacité de travailler. Ci-après nous essayons de décrire les manifestations de ces troubles psychiques dans le travail.

- **Instabilité au travail** : Ne pas tenir 1h30 (période entre deux pauses) à son poste, besoin de changer ou d'essayer plusieurs activités dans la journée.
- **Qualité du travail et respect des consignes** : Incapacité à reconnaître un travail bien fait d'un mal fait.
- **Pertes des capacités de travail** : Perte des capacités habituelles, difficultés à trouver un poste accessible. Production quasi-nulle ou avec beaucoup d'erreurs, trop en décalage avec celle des autres.
- **Troubles du comportement difficiles à accompagner dans un groupe au travail** : Cris, pleurs, automutilations, crises d'angoisse, autodénigrement, agressivité.
- **Fatigue, désinvestissement** : Besoin de dormir, manque de présence à son travail.
- **Absentéisme** : Absences injustifiées, sans prévenir, arrêts de travail à répétition, plus de trois mois d'absence dans l'année.

Les moniteurs essayent d'accompagner au mieux ces phases de troubles mais jusqu'où peuvent-ils le faire ? C'est une vraie question posée au directeur.

Quand ces troubles ne peuvent plus être gérés dans le cadre du groupe et des contraintes de l'atelier, le maintien dans une situation de travail perd tout son sens et met la personne en difficulté. Dans ces cas, avec le comité de direction⁴⁰, je demande qu'un relais de prise en charge par des soins ou une hospitalisation soit assuré. Là encore une collaboration étroite avec le secteur sanitaire doit être entretenue pour que des décisions rapides de relais puissent être prises sans attendre une trop grande dégradation.

1.3.3 Les difficultés de socialisation

Aux manifestations spécifiquement liées au travail et listées ci-dessus, peuvent s'ajouter des symptômes de troubles relationnels tels que :

- **Protection par rapport à l'environnement** : elles sont sensibles au bruit et quelquefois peu tolérantes par rapport au comportement de leurs collègues.
- **Isolement** : Au self service, elles mangent seuls et très rapidement. Aux pauses, elles sont isolées et prostrées dans leur pensée. Elles restent à l'écart des moments festifs.
- **Accaparement du moniteur** : elles peuvent demander des confirmations permanentes de leur travail, de leur place au CAT, et quelquefois réclamer l'attention des moniteurs de manière excessive et exclusive.

⁴⁰ Le rôle du comité de direction : se reporter au chapitre 3.3.2.3.

1.3.4 Le travail est-il une aide pour les personnes en situation de handicap psychique ?

Après avoir développé les incapacités au travail engendrées par les déficiences psychiques, nous devons nous poser cette question pour retrouver l'objectif que nous poursuivons quand nous proposons à ces personnes une orientation en CAT.

Pour ces personnes dont la pathologie se manifeste par la perte de repères entre soi et non-soi, le cadre apporté par le travail est contenant et sécurisant comme l'illustre l'exemple de cette personne travaillant au CAT.

D.S. est une personne psychotique à forte tendance paranoïaque, elle a peur des délires et projections qui souvent l'envahissent. Elle aime venir travailler. Elle sait qu'au CAT, c'est le travail, qu'on ne regardera pas l'image négative qu'elle a d'elle-même, qu'elle sera obligée de laisser de côté ses troubles pour s'attacher à son travail. Les moments entre deux travaux l'angoissent. Le fait d'avoir une tâche à faire, avec des consignes à respecter, lui offre un cadre qui la rassure. Quand elle a peur de ne pas pouvoir gérer ses troubles psychiques, et respecter le cadre du travail, souvent elle préfère ne pas venir.

Les membres de l'équipe psychiatrique de secteur nous ont partagé leur étonnement et leur satisfaction de voir que des patients qui avaient participé à des ateliers thérapeutiques et qui montraient une grande instabilité avec beaucoup de difficultés à aller au bout d'une activité, avaient su trouver leur place au CAT.

Avec le recul de mon expérience, j'ai la conviction que le travail peut être aidant pour ces personnes, quand elles peuvent s'en saisir. Le travail, même s'il ne correspond pas à leur rêve ou à leurs capacités intellectuelles, leur apporte un cadre qui rythme leur vie, les soulage en les décentrant de leurs problèmes et leur donne un sentiment d'utilité. Nous constatons à contrario que les vacances, qui rompent ce cadre et leur rythme de vie, peuvent être, pour eux, des périodes d'instabilité difficiles à vivre.

Dans la relation d'accompagnement des moniteurs, le travail sert de tiers référent : en effet le moniteur n'est pas dans une relation duelle et subjective avec la personne, le travail, qui est l'objectif commun, impose la prise en compte de la réalité et offre un cadre extérieur à la relation. Cela est particulièrement aidant pour les personnes psychotiques.

Nous constatons qu'une personne handicapée psychique ne peut s'inscrire durablement dans un travail que si, dans le reste de sa vie, le suivi médical, l'accompagnement dans l'hébergement ou encore l'entourage familial ne font pas défaut. Aussi sommes-nous souvent amenés à nous coordonner avec les familles, les services d'hébergement et les services de psychiatrie, pour construire avec la personne un projet global.

2 - LE CAT : UN DISPOSITIF D'INSERTION PROFESSIONNELLE A RELIER AUX POLITIQUES DE SANTE MENTALE

2.1 Le CAT : un dispositif d'insertion professionnelle pour les personnes handicapées

2.1.1 Le travail, une référence de reconnaissance sociale

Le travail a été, et est encore, une des références principales de reconnaissance sociale. Michel Autès⁴¹ relève le caractère paradoxal de cette référence : d'un côté la vision du progrès, pendant la période des Trente glorieuses, devait libérer l'homme du travail considéré comme une activité pénible ? alors que d'un autre côté notre organisation sociale a fondé la reconnaissance sociale et la protection sociale sur la base du travail salarié : glorification paradoxale du travail et rêve d'en être libéré sans savoir au profit de quelle autre activité plus enrichissante. Incontestablement le travail permet de participer à la vie sociale, apporte un sentiment d'utilité indispensable à la construction d'une identité citoyenne. En être exclu conduit à la marginalisation : ainsi se pose la question de société du droit au travail.

2.1.2 Le droit au travail

Dans l'article 1^{er} de la loi n°75-534 du 30 juin 1975⁴², l'accès à un emploi pour les personnes handicapées constitue une obligation nationale au même titre que l'intégration sociale. Cette idée d'un « droit au travail » pour tous est devenue une question essentielle de la cohésion sociale avec la montée massive du chômage dans les années 80-90. La perspective que le travail puisse devenir un privilège dont certains seraient exclus questionne les politiques sociales. La réinsertion par l'économie, basée sur un objectif de retour à un emploi salarial, a été placée comme la forme de réinsertion par excellence, mais paradoxalement le droit à une garantie de ressources minimum, affirmé par la mise en place du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), a pris en compte cette nouvelle réalité. Les contrats d'insertion associés ne proposent pas seulement un parcours de retour à l'emploi mais aussi des nouvelles formes d'activités, autres que le travail, tout autant susceptibles de restaurer les identités.

⁴¹ AUTÈS M. *Les paradoxes du travail social*. Paris, Dunod, 1999, p. 210.

⁴² Article 1 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 : « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi et la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale. ».

Le Conseil de l'Europe a affirmé dans les principes de la recommandation n° R (92) 6 relative à une politique cohérente pour les personnes handicapées que «toutes les personnes handicapées ... devraient pouvoir jouir d'une indépendance économique aussi grande que possible, notamment en exerçant une profession aussi hautement qualifiée que possible et en tirant un revenu proportionné »⁴³. Cette recommandation précise aussi la nécessité d'offrir des possibilités de travail en milieu protégé : « Les personnes disposant d'une capacité professionnelle particulièrement limitée pour effectuer un travail productif et qui ne peuvent, en raison de la gravité de leur handicap, exercer, provisoirement ou définitivement, leur activité professionnelle dans le milieu ordinaire, devraient trouver place dans le secteur du travail protégé. »⁴⁴

2.1.3 La reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés

La notion de « handicap » recouvre dans une indistinction conceptuelle toutes les formes d'infirmité, insuffisance, impotence, incapacité, distinguées auparavant. Cette notion s'est développée autour de la volonté de réparation des mutilations occasionnées par la première guerre mondiale et évoque une insuffisance à compenser.

La loi 75-534 du 30 juin 1975 a établi la nécessité de reconnaître un statut de « travailleurs handicapés » pour les personnes pouvant bénéficier des dispositions relatives à l'emploi des personnes handicapées. La reconnaissance de ce statut a été confiée à la COTOREP qui siège dans chaque département. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est attribuée avec un degré A,B,C en fonction du niveau du handicap apprécié léger, modéré ou grave par la commission. De ce niveau dépendra l'orientation du travailleur handicapé soit vers un emploi en milieu ordinaire, avec des possibilités de stage de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle, soit vers le milieu protégé, CAT, Atelier protégé ou centre de distribution de travail à domicile. D'après une étude⁴⁵ des décisions prises par les COTOREP en 1^{ère} section, en 1992, 15% seulement se sont traduites par une orientation en milieu protégé. Ce pourcentage montre que la plus grande majorité reste orientée vers le milieu ordinaire. L'obligation instaurée par la loi 87-517 du 10 juillet 1987, pour les entreprises de plus de vingt salariés, d'emploi d'au moins 6% de personnes reconnues handicapées ainsi que les possibilités d'adaptation des postes de travail financées par l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes

⁴³ Recommandation n° R (92) 6 du Comité des Ministres aux États membres, relative à une politique cohérente pour les personnes handicapées – 9 avril 1992, objectifs de politique générale.

⁴⁴ Ibid. article 1.2 des principes du volet « VII - emploi ».

⁴⁵ PIERRE J-M. Travail, handicap et précarité, *Handicap revue des sciences humaines et sociales*, janvier-mars 2001, n°89, p. 2, faisant référence à l'étude de TRIOMPHE A. *Les Personnes handicapées en France. Données Sociales*. 1995, CTNRHI-INSERM, pp. 131-137.

Handicapées (AGEFIPH) ont favorisé l'embauche ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées physiques mais très peu celui des personnes handicapées mentales ou psychiques.

Ce statut qui assure à ces personnes une sécurité par l'accès à des droits spécifiques les stigmatise et peut les empêcher de retrouver par exemple un travail en milieu ordinaire. C'est une reconnaissance à double tranchant.

2.1.4 La mission des CAT

2.1.4.1 Un établissement médico-social ni foyer occupationnel, ni entreprise : un défi

La mission des CAT est ainsi définie dans l'article 167 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) par la loi 75-534 du 30 juillet 1975 : « offrir aux [adultes⁴⁶] adolescents handicapés, qui ne peuvent, momentanément ou durablement, travailler ni dans les entreprises ordinaires ni dans un atelier protégé,..., des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, un soutien médico-social et éducatif et un milieu favorisant leur épanouissement personnel et leur intégration sociale. »

La circulaire 60AS du 8 décembre 1978, qui constitue un des seuls textes de référence explicitant la vocation et les caractéristiques des CAT, fait ressortir la dualité entre les deux fonctions des CAT : une structure médico-sociale chargée d'apporter sécurité et soutien et une structure de mise au travail soumise à des contraintes économiques. Cette tension vécue au quotidien quand, par exemple, la préparation des repas doit être terminée avant l'ouverture du service de notre cafétéria, constitue pour moi un défi qui est en même temps une chance et une condition de n'être pas en dehors de la réalité sociale.

Enfin je trouve fondamental que la vocation des CAT soit spécifiée dans la recommandation du conseil de l'Europe n° R(92) 6: « Les centres d'aide par le travail, là où ils existent, sont chargés d'accueillir des personnes qui, à cause de leur incapacité, ne peuvent pas travailler en atelier protégé ou en milieu ordinaire, mais sont néanmoins capables, grâce à un soutien médico-éducatif, d'exercer une activité à caractère professionnel ouvrant droit à une rémunération et se distinguant d'une activité purement occupationnelle. »⁴⁷ C'est une

⁴⁶ La 75-534 emploie le mot « adolescent » uniquement, alors que le décret 77-1546 article 1 précise que les personnes accueillies en CAT, le sont « à partir de l'âge de 20 ans, mais également... entre seize et vingt ans ; dans ce cas la décision de la COTOREP est prise après avis de la commission départementale de l'éducation spéciale. ».

⁴⁷ Article 3.6 de la recommandation n° R (92) 6 du Comité des Ministres aux États membres, relative à une politique cohérente pour les personnes handicapées – 9 avril 1992.

reconnaissance de la mission des CAT comme dispositif alternatif indispensable à l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

2.1.4.2 Les soutiens

En tant que structure médico-sociale, pour favoriser l'épanouissement personnel qui fait partie de sa mission, les CAT apportent aux travailleurs accueillis des soutiens variés que la circulaire 60AS distingue en deux types :

Les soutiens de 1^{er} type liés au travail le plus souvent assurés par l'accompagnant technico-éducatif du moniteur : apprentissage de gestes professionnels, du travail en équipe et des méthodologies de travail, ou encore au travers d'actions d'alphabétisation.

Les soutiens de 2^e type qui peuvent prendre des aspects très variés d'activités ou de projets extraprofessionnels (sportifs, culturels), d'éducation à la vie quotidienne, ou encore d'initiation aux nouvelles technologies.

J'attache aussi beaucoup d'importance au soutien apporté quotidiennement par l'écoute, par l'aide dans les démarches administratives, par la régulation des relations affectives ou conflictuelles, par l'apprentissage du respect mutuel et des règles de la vie sociale.

2.1.4.3 L'insertion, une nouvelle mission

Bien que celle-ci ne soit pas définie comme une mission dans les textes fondateurs, la recommandation R(92) 6 du conseil de l'Europe définit aussi cette mission au secteur du travail protégé : « L'emploi devrait répondre à un double objectif : donner à la personne handicapée la possibilité d'exercer une activité épanouissante et de préparer, dans la mesure du possible, à l'emploi en milieu ordinaire de travail ». A cette fin, elle propose de mettre en place « des détachements individuels ou collectifs de travailleurs d'ateliers protégés ou de centres d'aide par le travail dans des entreprises ordinaires ».

Les circulaires récentes de la direction de l'action sociale fixaient des objectifs ambitieux de réinsertion en milieu ordinaire de travail. Le taux de réinsertion annuelle est dans la réalité inférieur à 1%. Les entreprises sont très réticentes à proposer des embauches à des travailleurs de CAT même quand ils travaillent déjà pour elles dans le cadre de prestations en détachement. Même si elles reconnaissent leurs capacités de travail, elles ne sont pas prêtes à prendre le risque de leur accompagnement et préfèrent la solution du détachement qui leur garantit le suivi par le CAT.

Concernant les détachements en entreprises, je considère, comme directeur, qu'il nous faut être très vigilants à construire ces projets et à les accompagner avec discernement. En effet nous avons mené quelques expériences de détachements avec des personnes handicapées

psychiques : elles montrent au premier abord de bonnes capacités mais ne sont pas capables de formuler leurs limites ni de nous alerter explicitement. J'ai appris à travers ces expériences, que nous avons parfois dû arrêter, que nous pouvions risquer de provoquer des décompensations.

Aussi je considère que cet objectif louable de retour en milieu ordinaire doit être appliqué avec discernement et ne pourra jamais être atteint pour beaucoup.

Cependant je pense que, même difficile, cette insertion doit rester un objectif proposé à certains au travers d'un parcours (bilan de compétences, stages, détachements, formation individualisée) créant ainsi pour tous une dynamique et ouvrant la possibilité d'un avenir au-delà du CAT.

2.1.5 L'évolution des CAT

2.1.5.1 Des activités de production aux prestations de services

Les CAT ont longtemps proposé des activités de production, des tâches demandant beaucoup de main d'œuvre et peu de qualification. Certains CAT assurent même une production propre souvent liée à des opportunités historiques (culture de plantes médicinales, élaboration de vins, de miel, fabrication de gâteaux, élevage de lapins, imprimerie, sellerie, ...). L'évolution des moyens de production, la mécanisation, l'externalisation vers les pays à faible coût de main d'œuvre ont réduit considérablement les opportunités de contrats de sous-traitance avec les entreprises. Aujourd'hui, bien que conservant toujours des ateliers de sous-traitance et de conditionnement, beaucoup de CAT ont évolué aussi vers des activités de service telles que l'entretien d'espaces verts, la blanchisserie ou la restauration. Ces prestations de service, dont le fondement économique est plus pérenne, permettent d'offrir aux personnes handicapées des métiers usuels, reconnus socialement.

2.1.5.2 Valoriser l'expérience professionnelle

L'expérience acquise en interne constitue un véritable apprentissage de métiers qui peut être valorisé ensuite dans des détachements en entreprise et éventuellement, dans les meilleurs cas, conduire à une insertion de travail en milieu ordinaire. Malheureusement cette qualification de terrain n'est pas reconnue par un diplôme car les épreuves théoriques sont souvent inaccessibles aux travailleurs handicapés.

2.2 Une mission confiée aux associations - L'association LES AMIS DE L'ATELIER

Constituée selon les modalités de la loi du 1^{er} juillet 1901, l'association gestionnaire « Les Amis de l'atelier » vient de fêter ses quarante ans. Son projet, tel que défini dans les statuts, est « de se mettre, dans une perspective chrétienne, au service des plus défavorisés et de développer des actions destinées aux personnes adultes handicapées mentales »⁴⁸.

2.2.1 Un engagement auprès des personnes accueillies

Issue de l'engagement social d'une église protestante, l'association, qui se réfère aux valeurs de l'Évangile de respect de la dignité de la personne, souhaite lui offrir un projet de vie qui prenne en compte l'ensemble des dimensions matérielles, affectives et spirituelles.

Grâce à la synergie entre ses établissements, l'association souhaite pouvoir offrir une adéquation permanente à l'évolution de l'autonomie des personnes accueillies et une garantie d'accompagnement dans le long terme, gage de sécurité pour elles et leur famille. Ainsi soucieuse de répondre à l'émergence de nouveaux besoins, l'association a ouvert un des premiers foyers d'hébergement pour personnes adultes handicapées vieillissantes.

2.2.2 Un fort développement

Les projets de création d'établissements, motivés par la prise en compte de besoins non satisfaits, ont trouvé le soutien effectif de l'association pour leur mise en œuvre. Ainsi, dans les cinq dernières années, par la création de neuf nouveaux établissements, le nombre de places offertes a été multiplié par trois passant de 275 à 795.

L'association gère une vingtaine d'établissements : des Centres d'Aide par le Travail, des foyers de vie pour personnes handicapées dépendantes et vieillissantes, des services d'hébergement et d'accompagnement à la vie sociale. Elle a en projet plusieurs maisons d'accueil spécialisé qui font aujourd'hui défaut en région parisienne.

Dans le cadre de l'évolution du secteur médico-social où le regroupement associatif va s'imposer pour les plus petites associations, l'association a accepté la reprise de la gestion de certains établissements à la demande des autorités de contrôle.

⁴⁸ Extrait de l'article 4 des statuts de l'association.

2.2.3 Une organisation favorisant le dynamisme par une logique d'acteurs, tout en assurant une cohérence du projet associatif

La typologie de l'association « Les Amis de l'atelier » pourrait être caractérisée, en empruntant les critères de P. Lefèvre⁴⁹, par une combinaison du modèle militant avec forte référence aux valeurs et du modèle managérial avec référence à l'entreprise.

L'association a assuré son développement par une forte implication de ses cadres. Les directeurs d'établissement ont une très large délégation, bien que non formalisée dans une fiche de mission.

Dans le respect du cadre budgétaire, j'ai une large délégation pour conduire le projet du CAT, le développement des activités économiques, du recrutement du personnel au choix des investissements. Je consulte la direction générale pour lui soumettre tous les choix qui impliquent financièrement ou politiquement l'association et je rends compte du suivi budgétaire en établissant un compte de résultat analytique atelier par atelier à mi-année comme en fin d'année.

L'association, confrontée à une forte croissance, repense son mode d'organisation. Sans renier la logique d'acteurs qui a fait son dynamisme, les niveaux de responsabilité sont redéfinis ainsi :

- Niveau politique : assuré par le conseil d'administration, le président et le directeur général, qui élaborent les orientations de l'association.
- Niveau du management associatif : assuré par le directeur général et le directeur général adjoint. Ils sont responsables devant le Conseil d'administration de l'exécution, de la mise en œuvre de la politique de l'association, de l'animation et de la coordination de l'équipe de directeurs et de la sécurité générale des personnes et des biens.
- Niveau d'expertise : assuré par des directions fonctionnelles pour la gestion des ressources humaines, la gestion administrative et financière, et prochainement pour coordonner une démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Niveau de conseil stratégique et collégial : assuré par un comité de direction composé de la direction générale, des représentants des directeurs des différents types d'établissements et services, et des directions fonctionnelles. Ce comité est un

⁴⁹ LEFEVRE P., *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 1999 p. 22.

espace assurant un rôle de conseil auprès de la direction générale sur les enjeux stratégiques de l'association.

- niveau opérationnel des directions des établissements et services.

La communication et la cohérence sont assurées par une réunion d'information mensuelle de l'ensemble des directeurs et par des groupes de travail (par exemple sur le recrutement, sur la mise en place d'une démarche qualité, sur l'accompagnement de la vie affective des personnes accueillies) auxquelles peut participer l'ensemble des cadres de l'association.

2.3 Le projet du CAT MOSAÏ C, favoriser l'insertion sociale

La mission de création du CAT du Parc de Courtaboeuf, inscrit au contrat de plan Etat-Région 1994-1999, a été confiée à l'association « Les Amis de l'atelier » après l'avis favorable du CROSS en date du 18 décembre 1997 par l'arrêté préfectoral n°98-60 du 20 janvier 1998. Le conseil d'administration, sur proposition du directeur général, m'en a délégué la création et la direction depuis son ouverture en septembre 1998.

2.3.1 Un choix d'activités professionnelles et de métiers favorisant l'insertion sociale

Dès sa création, j'ai proposé dans le projet présenté au CROSS que le CAT soit très ouvert et ancré dans son environnement, le parc d'activités de Courtaboeuf. J'ai proposé de développer des activités professionnelles diversifiées : restauration, blanchisserie, bureautique, conditionnement, entretien de locaux, afin d'offrir aux personnes accueillies un choix de postes suffisamment varié permettant à chacun d'y trouver sa place, avec ses capacités et ses handicaps. Ce sont de vrais métiers qui permettent de valoriser, par des stages et des détachements individuels ou en équipe, l'expérience et les apprentissages acquis en interne.

Aujourd'hui le restaurant du CAT accueille à déjeuner en moyenne 180 personnes pour la plupart salariées de la zone industrielle, et plus de 800 personnes y ont ouvert un compte. Ces personnes viennent aussi apporter leur linge à repasser dans notre atelier de blanchisserie. La présence quotidienne dans notre établissement de personnes de l'extérieur a créé une culture d'ouverture où les travailleurs ont toute leur place. Quelle reconnaissance symbolique pour eux de pouvoir servir au self les repas qu'ils ont préparés !

L'expérience acquise par l'équipe qui assure, l'après-midi, l'entretien du CAT et du restaurant leur permet d'assurer, le matin, l'entretien de bureaux et de locaux dans des entreprises extérieures.

Les travaux de l'atelier de bureautique et de conditionnement sont aussi des apprentissages pour des postes d'aide secrétaire ou de magasinier que nous espérons pouvoir ensuite assurer dans les entreprises.

2.3.2 L'équipe du personnel

Dans le projet présenté et accepté par le CROSS, nous avons privilégié la dotation en personnel en cherchant à réduire la part des investissements en matériel au travers d'une solution plus économique de réhabilitation de bâtiments.

L'équipe pluridisciplinaire est composée⁵⁰ :

- D'une chef de service : j'ai souhaité que son rôle soit à la fois celui d'un chef d'atelier qui organise l'activité économique, mais aussi celui de responsable des soutiens apportés aux travailleurs. Ainsi est assurée la cohérence des projets professionnels des travailleurs et du positionnement éducatif de l'équipe des moniteurs.
- De moniteurs chargés d'organiser le travail pour assurer la production dans le respect de la qualité et des délais convenus avec le client. Ils assurent l'adaptation des postes de travail, l'accompagnement et les apprentissages nécessaires, la régulation du travail en équipe. Généralement de formation technique, nécessitée par l'activité, ils ont été recrutés pour leurs aptitudes pédagogiques et leur désir de mettre un objectif humain dans l'exercice de leur profession.
- D'une animatrice de formation chargée d'organiser les actions de soutien individuel, les formations collectives (hygiène, familiarisation à l'euro, vie affective et sexualité, initiation à l'informatique, ...), la vie sociale du CAT (sorties, bal inter-CAT, gestion du bar, anniversaires, ...), d'accompagner les représentants des travailleurs dans l'exercice de leur mandat.
- D'une psychologue (à mi-temps) et d'un médecin psychiatre (cinq heures par semaines) permettent d'aider l'équipe spécialement dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dont nous avons prévu qu'elles constitueraient la plus grande part de la population accueillie au CAT. Elles offrent un lieu d'écoute pour les travailleurs qui le souhaitent, pour la préparation des projets professionnels. Elles n'assurent pas de fonctions de soins ou thérapeutiques, mais un relais avec nos partenaires extérieurs (Centre médico- psychologique (CMP), Centre communal d'action sociale (CCAS), assistante sociale, médecin, service d'hébergement). La psychologue anime des groupes de parole à l'issue de certaines

⁵⁰ Voir organigramme en Annexe 1.

formations (hygiène, vie affective, sexualité) ou pour les travailleurs en détachement, pour leur permettre d'exprimer leur vécu dans ces expériences de travail en milieu non protégé.

- D'un homme d'entretien : j'ai proposé à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) un projet (qui a été accepté) pour associer des travailleurs à l'entretien des bâtiments et du matériel, et demandé la transformation du poste d' « homme d'entretien » en un poste de moniteur. Ainsi, quelques travailleurs encadrés peuvent développer des compétences dans la peinture, la pose de carrelage, le travail du bois, la soudure, l'entretien des voitures, etc.
- D'un secrétariat comptabilité : la qualité de l'accueil que ces personnes assurent auprès des familles, des clients et surtout auprès des travailleurs, qu'elles aident souvent dans leurs démarches administratives, participe aussi de façon essentielle à la qualité du projet du CAT. Elles assurent aussi la fonction de caissière du restaurant.
- D'un poste supplémentaire d'animateur pour l'accompagnement de détachements en entreprise proposé dans le projet du CAT et accepté par le CROSS. J'ai choisi de responsabiliser chaque atelier et de leur confier l'objectif de susciter et d'accompagner des détachements dans leurs métiers respectifs afin de les impliquer dans cette dynamique.

2.3.3 Les contraintes économiques et les aides de l'État

Les activités de prestations nous engagent par contrat vis-à-vis de nos clients et ne nous permettent pas de périodes de fermeture annuelle. Aussi sommes-nous obligés de planifier, par pôle de polyvalence, les congés et les jours de récupération⁵¹ du personnel comme des travailleurs pour assurer nos engagements. Ces contraintes de travail ne sont pas toujours comprises par les familles et demandent à être expliquées avec pédagogie.

L'État accorde au CAT, pour son fonctionnement annuel, une dotation globale sur présentation d'un budget dont l'évolution d'année en année est encadrée par les taux directeurs votés par l'Assemblée Nationale.

Les charges du budget représentent en proportion :

- 73 % pour les frais de personnel,

⁵¹ Dans le cadre de l'aménagement et la réduction du temps de travail.

- 14% pour les achats, consommables et prestations,
- 8,6 % pour la dotation aux amortissements,
- 4% pour les frais financiers.

Le coût à la place du CAT, de 12 100 €, est supérieur au coût moyen à la place de la région parisienne. L'accueil d'une population en situation de handicap psychique et le développement de prestations en entreprise, qui sont deux spécificités du projet du CAT et qui nécessitent un accompagnement particulier, expliquent ce coût par une dotation en personnel plus élevée que la moyenne des CAT⁵². Nous étudions avec la DDASS la possibilité pour les années prochaines de réduire ce coût par l'agrément de dix places supplémentaires sans augmentation du budget en proportion.

Le chiffre d'affaire de l'activité économique du CAT est d'environ 550 000 € en 2001. Les investissements demandés pour les activités de blanchisserie et de restauration, d'un montant de 350 000 €, sont importants et ne peuvent être assumés que si un niveau d'activité suffisant est assuré. De plus, ces activités nous obligent à embaucher du personnel complémentaire dont les salaires ne sont pas assurés par la dotation de l'État mais par l'activité économique. Ainsi pour les activités de restauration et de blanchisserie, qui exigent plus de technicité, le coût de deux moniteurs supplémentaires, d'un mi-temps de caissière, et bientôt d'un chauffeur-livreur, doivent être assumés par le résultat de l'activité économique.

La qualité qu'il nous faut démontrer pour obtenir la confiance de nos clients est au moins aussi élevée que celle exigée de toute autre entreprise du secteur économique. Il faut, quelles que soient les difficultés des personnes accueillies, assurer les prestations tous les jours avec la même qualité sous peine de perdre des contrats et de ne plus pouvoir assumer les charges engagées.

Paradoxalement, je considère que cette exigence, qui ne nous met pas à l'écart des normes du milieu ordinaire, est une chance et même une condition pour assurer vraiment notre mission et permettre aux personnes handicapées de retrouver une dignité et une vraie place reconnue par leur travail.

⁵² Le taux d'encadrement du CAT est de 0,224. Ce taux correspond au taux du projet accepté par le CROSS majoré des 6% d'embauches supplémentaires agréés dans le cadre de l'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail. Avant le passage aux 35 heures, le taux d'encadrement référence pour les CAT, retenu par les DDASS, se situait autour de 0,20.

2.4 Une articulation entre sanitaire et social à construire : un axe majeur des politiques de santé mentale

2.4.1 Une articulation préconisée unanimement depuis longtemps

Prenant en compte les problèmes que pourrait poser l'accueil des malades mentaux en CAT, la circulaire 60AS⁵³ en 1978 avait déjà préconisé que soit passée une convention entre le CAT et le secteur ou l'intersecteur psychiatrique dont relève l'intéressé. « Cette convention [devait] préciser les conditions dans lesquelles sont faites les interventions thérapeutiques ». Ces conventions ont été – à ma connaissance- rarement mises en place. D'ailleurs je ne suis pas sûr qu'il soit souhaitable d'organiser des interventions thérapeutiques sur le lieu de travail du CAT, mais nous verrons qu'il nous semble utile de formaliser dans des conventions des jalons pour assurer la cohérence et l'ajustement des prises en charge.

Il y a trente ans, par la circulaire du 14 mars 1972, les conseils de secteurs étaient préconisés pour permettre, par l'élaboration de conventions et par la concertation, la création de réseaux spécialisés en matière de toxicomanie et d'alcoolologie. Par la circulaire du 14 mars 1990, les conseils de secteur sont à nouveau préconisés pour coordonner les différents acteurs de santé mentale mais aussi pour mobiliser les complémentarités entre sanitaire et social.

Le développement de réseaux expérimentaux médicaux et médico-sociaux au travers des « réseaux de soins » est préconisé par l'ordonnance n°96-345 afin d'optimiser la prise en charge médico-économique des patients⁵⁴.

Malgré ces préconisations incantatoires des textes législatifs, cette articulation ne s'est pas vraiment réalisée dans les faits. Examinons les raisons que le rapport Roelandt en donne.

2.4.2 Les expériences de réseaux en psychiatrie

Le rapport Roelandt répertorie trois types de réseau :

- Les réseaux de proximité : ils regroupent dans un esprit militant ou bénévole des personnes engagées autour d'un objet commun. Basés sur des valeurs et des relations interpersonnelles fortes, ils sont des réseaux à taille humaine, « organisés autour de la relation soignants-soignés centrée sur le patient ». Peu formalisés,

⁵³ Circulaire 60AS du 8 décembre 1978, article 144-21 & 22.

⁵⁴ ROELANDT J-L. *Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport au ministre délégué à la santé, avril 2002, p. 21.

dépendant souvent de financements aléatoires ou de la présence d'un leader plus ou moins charismatique, leur pérennité est fragile.

- Les réseaux dits thématiques : ils ont comme objectif l'échange d'informations très spécialisées sur un thème donné (tel que toxicomanie, sida, soins palliatifs, ...).
- Les réseaux inter-établissements de santé publics ou privés : ils ont pour vocation principale la mutualisation des moyens et des prises en charge dans un souci de rationalisation.

Ces réseaux, même ceux de proximité, restent généralement internes au secteur sanitaire.

Un réseau ne peut se décréter, il se construit généralement par une mobilisation autour d'un objet commun. La création d'un réseau est un processus complexe à mettre en œuvre, consommateur de temps surtout à ses débuts.

L'absence de moyens financiers propres oblige les partenaires à investir sur leurs propres ressources, ce qui peut leur paraître un obstacle rédhibitoire si le bénéfice qu'ils peuvent en attendre n'est pas immédiatement évident.

Le rapport Roelandt note aussi un « hospitalocentrisme », une hégémonie du soin sur l'accompagnement social, peu favorable au développement de liens de partenariat dans une reconnaissance paritaire.

2.4.3 Les conseils de secteur, un outil de coordination de réseau

Aujourd'hui ces conseils de secteur sont peu opérationnels ; les raisons repérées dans le rapport du Dr Roelandt et dans le livre blanc de Santé Mentale France sont :

- le manque de mission et de responsabilité reconnue,
- des mesures d'accompagnement financières réduites,
- une conception très hospitalocentrique où 80% des moyens sont dédiés à l'hospitalisation,
- l'absence de participation stimulante des associations d'usagers,
- le manque de participation des élus locaux (par le fait que la psychiatrie est restée du ressort de l'État) : ils devraient être, en effet, des partenaires majeurs et très impliqués dans cette coordination au travers des Centres Communaux ou Départementaux d'Action Sociale (CCAS, CDAS).

Le livre blanc de Santé Mentale France⁵⁵ considère que cette instance devrait porter la responsabilité de l'évaluation des besoins, en lien avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation, et être garants de la continuité des soins.

Une dynamique encourageante : l'expérience du conseil intersectoriel d'Orsay

Nous avons eu la chance que se développe, au niveau du Centre Hospitalier d'Orsay (CHO), la volonté de réunir un conseil intersectoriel regroupant, sous la direction du directeur du CHO :

- les services des centres médico-psychologiques des trois secteurs, médecin chef de service, assistantes sociales, psychologues,
- les associations, issues des professionnels du sanitaire de chacun des trois secteurs, assurant la gestion d'appartements thérapeutiques,
- les associations d'usagers-familles⁵⁶, l'UNAFAM,
- les associations gestionnaires d'établissements sociaux (services d'hébergement, foyers, CAT).

Ce conseil s'est fixé les objectifs suivants :

- la connaissance mutuelle des différents partenaires au travers de la présentation des missions, objectifs et compétences de chacun,
- l'appel à promoteur d'un projet de foyer de postcure élaboré par les associations issues de l'hôpital pour l'hébergement,
- la définition d'un cahier des charges d'un Club qui serait un service d'accompagnement à la vie sociale pour les personnes handicapées psychiques pouvant assurer la permanence d'un lien minimum, les accompagner dans des projets de travail, d'hébergement, de loisirs, mais aussi dans d'éventuels allers-retours avec l'hôpital, nécessités par les aléas de la maladie mentale.

En tant que directeur d'un des deux CAT du secteur psychiatrique d'Orsay, j'ai participé régulièrement à ce conseil. La reconnaissance mutuelle entre partenaires sanitaires, sociaux et représentants des usagers, le démarrage des deux projets précités, fruits de ce conseil,

⁵⁵ SANTÉ MENTALE FRANCE. *Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris : Éditions de Santé, 2001, p. 46.

⁵⁶ J'emprunte ce terme au livre Blanc de Santé Mentale France (p. 50) pour souligner que les « usagers-patients » ne sont pas représentés dans cette instance par leurs propres représentants mais par les représentants de leur famille comme c'est souvent le cas.

ont été rendus possibles par la convergence de préoccupations et motivations parfois différentes mais fédérées par le souci commun de rendre plus efficace l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

2.4.4 Développer le partenariat entre acteurs de santé mentale

Cet objectif est un des axes⁵⁷ du plan Santé Mentale : « L'usager au centre d'un dispositif à rénover ». Le volet concernant l'articulation avec les partenaires sociaux et médico-sociaux affirme :

- La nécessité de collaboration des équipes de psychiatrie publique avec les acteurs sociaux pour « élaborer un projet global pour le malade, ... c'est-à-dire un projet de soins conjoint à un projet de vie ».
- L'importance du nécessaire appui aux acteurs sociaux pour assurer ensemble vigilance et prévention auprès de ces populations fragilisées, leur accès aux soins, et pour maintenir ou rétablir leur insertion sociale.

Le rapport Roelandt fait des propositions concrètes de décloisonnement des pratiques et de partenariat qui pourraient directement favoriser une articulation entre le CAT et le secteur sanitaire :

- « Encourager la mise à disposition de personnel de secteur dans les structures de remise à l'emploi ... et réciproquement. »
- « Définir les besoins sanitaires et sociaux pour permettre d'insérer la personne handicapée psychique... Désigner un référent sanitaire et social qui sera le garant de l'organisation du réseau autour et pour la personne concernée. »
- « Passer des contrats individuels sanitaires et sociaux avec l'usager-patient tenant compte de ses nécessités d'insertion et de soins».
- « Encourager la création de lieux de vie sanitaires et sociaux permettant la mixité des clientèles... ».
- « Conventionner obligatoirement les structures de psychiatrie avec les structures sociales et médico-sociales de leur zone,... ».

La convergence de toutes ces préconisations récentes pour mettre en œuvre une articulation concrète entre sanitaire et social démontre que notre réflexion se situe bien dans la perspective des politiques de santé mentale d'aujourd'hui.

⁵⁷ PLAN SANTE MENTALE « *L'usager au centre d'un dispositif à rénover* ». Ministère de la Santé, Novembre 2001 , Axe 4 : l'articulation avec les partenaires sociaux et médico-sociaux, p. 25.

2.4.5 Les recommandations du schéma départemental des personnes handicapées

Dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental des personnes adultes handicapées 2000-2005 de l'Essonne, un groupe de travail a réfléchi et fait des propositions sur le thème « articulation entre médico-social et sanitaire ». Cette articulation, pour ce groupe, est apparue « une nécessité technique et un devoir car elle, seule, est à même de pouvoir garantir aux personnes accueillies la meilleure qualité de service rendu possible »⁵⁸.

Ce groupe de travail propose pour « améliorer la qualité des prestations tout en diminuant le nombre de personnes laissées pour compte » de :

- Formaliser par des conventions le projet autour d'une personne et les relations des partenaires impliqués.
- Ne pas limiter les rencontres aux situations de crise.
- Apprendre à se connaître en organisant des formations conjointes et réciproques.
- Se concerter à chaque mise en œuvre de projets, de nouvelles structures ou nouveaux services.
- Simplifier les procédures, faciliter le passage d'un dispositif à un autre avec des possibilités d'aller-retour, d'accueil séquentiel.
- De permettre aux personnes de faire des expérimentations qui ne les pénalisent pas.
- De mieux connaître les besoins et les ressources disponibles et travailler à une meilleure adéquation.

Le groupe, ayant réfléchi sur les modes diversifiés de prise en charge, relève aussi la nécessité d'articuler les prises en charge avec le secteur sanitaire et en particulier le secteur psychiatrique, de « reconnaître certaines catégories (handicapés psychiques) ... difficilement insérables dans le dispositif actuel de travail protégé et d'hébergement »⁵⁹.

Dans les engagements retenus par le schéma départemental des adultes handicapés qui concerne notre problématique, le développement des temps partiels en CAT est une possibilité utile pour offrir une adaptation des prises en charge aux besoins des personnes handicapées psychiques.

La convergence de toutes ces recommandations – qu'elles soient issues du secteur sanitaire ou du secteur social- est éloquente et me conforte dans le projet, objet de ce mémoire, qui

⁵⁸ SCHEMA DEPARTEMENTAL DES ADULTES HANDICAPES 2000-2005 DE L'ESSONNE, mars 2000, Annexe 3.7 : compte rendu du groupe de travail n°4.

⁵⁹ Ibid. compte rendu du groupe de travail n°1.

constitue aujourd'hui un des enjeux des politiques de santé mentale : construire cette articulation entre sanitaire et social qui apportera une meilleure réponse aux besoins des personnes handicapées psychiques.

2.5 Le contexte de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Dans la troisième partie, nous verrons que la mise en œuvre de ce projet s'inscrit tout à fait dans l'esprit de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Voici les grandes orientations qui me paraissent être en cohérence avec l'amélioration de l'accueil en CAT des personnes en situation de handicap psychique par une nécessaire articulation entre sanitaire et social :

- « **Le droit à une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins** ⁶⁰ » : l'amélioration de cet accueil passe par une diversification des propositions dans la phase d'admission qui prennent en compte les besoins de cette population.
- « **La participation directe à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement** »⁶¹ : l'articulation entre sanitaire et social est invitée à se mobiliser au service du projet de vie global élaboré avec la personne.
- « **Il est remis à la personne un livret d'accueil ... Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge ...** ⁶² » : ces instruments réglementaires ainsi que le projet d'établissement sont des occasions pour définir les possibilités d'individualisation de l'accueil, les modalités et les limites de celle-ci, afin de permettre à la personne « **le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes ...** »⁶³.
- « **afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charges et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services peuvent conclure des conventions entre eux, ou avec des**

⁶⁰ Article L311-3 du CASF 3°.

⁶¹ Article L311-3 du CASF 7°.

⁶² Article L311-4 du CASF.

⁶³ Article L311-3 du CASF 2.

établissements de santé ...⁶⁴» : la loi confirme la possibilité de passer des conventions dans l'objectif d'offrir des prises en charge coordonnées et plus globales.

- **« sont des établissements sociaux et médico-sociaux... les établissements ou services à caractère expérimental. »⁶⁵** : cette disposition nouvelle, qui fait la place aux dispositifs expérimentaux, indique que la loi 2002-2 souhaite encourager l'innovation.

Après avoir ainsi montré que la problématique, objet de ce mémoire, est au cœur des préoccupations des politiques de santé mentale et dans le mouvement de rénovation de l'action sociale, je vais développer dans une troisième partie la façon dont je mets en œuvre cette articulation avec le secteur sanitaire au service d'un meilleur accueil des personnes en situation de handicap psychique au CAT Mosaïc.

⁶⁴ Article L312-7 du CASF.

⁶⁵ Article L312-1 du CASF.

3 - METTRE EN ŒUVRE UNE ARTICULATION ENTRE SANITAIRE ET SOCIAL AU SERVICE DES PERSONNES : ENJEUX ET STRATEGIES

3.1 Historique d'un questionnement : de la recherche de réponses internes au travail en partenariat

3.1.1 Des besoins des personnes en situation de handicap psychique dans l'accompagnement vers une activité professionnelle

Le rapport Charzat dans ses recommandations concernant la participation à la vie professionnelle, souligne le fait que la reprise du travail ne constitue pas forcément l'objectif ultime mais un moyen, s'il est possible, de retrouver une identité : « L'important est d'accompagner la personne dans un processus d'élaboration d'un projet qui puisse lui apporter un mieux-être et un enrichissement moral, ainsi qu'une meilleure position sociale, quelle que soit l'issue : emploi en milieu ordinaire, ou en milieu protégé, ou renoncement au projet de travail pour d'autres formes de participation sociale. ⁶⁶ »

Pour cette population, l'accueil au CAT demande que la transition soit facilitée. Elle doit être préparée en articulation avec les référents de la prise en charge médicale.

Il faut souvent, pour ces personnes, du temps avant de pouvoir s'engager à reprendre une activité professionnelle. Aussi devons-nous leur permettre de faire plusieurs essais, modulés, à temps partiel. « Accepter les phases d'essais et d'erreurs ... puis renouveler les essais »⁶⁷ me semble indispensable dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques.

L'accueil ainsi construit avec l'équipe médicale pourra permettre d'accompagner d'éventuelles régressions ou crises temporaires, sans avoir à rompre les liens avec le travail. « Cela implique que les services restent engagés même pendant les périodes où les patients ne les fréquentent pas ou peu régulièrement. »⁶⁸

⁶⁶ CHARZAT M. *Rapport à Mme Ségolène Royal Ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées*. mars 2002, p. 44.

⁶⁷ D'HEILLY H., SORRIAUX J.Ph. *De l'insertion à l'autonomie : Quelle réalité pour les malades mentaux*. Paris : ERES, 1995, p. 15.

⁶⁸ SANTÉ MENTALE FRANCE. *Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris : Éditions de Santé, 2001, p. 40.

Enfin, nous devons proposer des activités professionnelles qui valorisent le travail au CAT et qui soient perçues comme une vraie intégration dans la société.

3.1.2 Créer une structure d'initiation et de réadaptation au travail ?

Constatant que pour beaucoup de personnes en situation de handicap psychique le retour à une activité professionnelle constituait souvent une marche trop haute, j'avais imaginé adjoindre au CAT une structure de transition, d'initiation ou de réadaptation au travail, dégagée des contraintes de production, comme un foyer, mais basée sur la réalisation d'un projet commun. Cette structure se serait adressée à une population de personnes handicapées psychiques se posant la question d'une éventuelle reprise d'un travail. Elle aurait eu comme objectif, sur une durée déterminée, de remobiliser ces personnes, de leur permettre de réapprendre des rythmes de vie et d'horaires, de se confronter au travail avec d'autres, de se réinscrire dans un projet. A travers la réalisation d'une œuvre commune et utile, ces personnes auraient pu reprendre confiance en elles, faire l'expérience de trouver leur place dans un groupe.

Avant d'envisager ce projet j'avais cherché parmi les structures existantes :

- Les Centres d'initiation au travail et aux loisirs ont un projet voisin, qui s'adresse à une population jeune, mais rarement aux personnes handicapées psychiques. Nous avons orienté transitoirement vers des centres de ce type certains jeunes trop immatures pour s'inscrire tout de suite dans un travail au CAT.
- Les ateliers thérapeutiques ou les Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), qui dépendent du secteur sanitaire, s'adressent aux personnes souffrant de troubles psychiques. Les activités qui sont proposées sont le support à un travail de thérapie. La réalisation de l'activité en elle-même ne constitue pas un objectif. Les CATTP ne sont pas a priori des structures de remise au travail alors que certains ateliers thérapeutiques ont cet objectif.
- Les sections annexes (développées dans certains départements, sans fondement juridique propre, ces structures intermédiaires entre foyers de jour et CAT sont cofinancées par le Conseil général et l'État) : rattachées à un CAT, ces structures permettent d'accueillir, par exemple, des personnes handicapées vieillissantes ne pouvant plus rester dans un rythme de production. Il leur est proposé de réaliser, à leur rythme, des travaux de CAT. Ces structures peuvent permettre des transitions des CAT vers les foyers de jour ou inversement.

Au départ je pensais que cette structure d'initiation et de réadaptation au travail pourrait bénéficier avantageusement de la dynamique de travail du CAT. Cependant l'exigence

demandée par rapport au travail, au respect des horaires, la nature des travaux et des soutiens auraient été très différentes de celles du CAT. Aussi m'est-il apparu qu'il serait difficile de faire coexister cette structure sur le même lieu que le CAT sans entraîner des confusions et une perte de repères.

Pour pouvoir offrir aux personnes handicapées psychiques une transition adaptée, j'ai choisi de ne pas chercher à développer une structure différente du CAT mais plutôt de chercher à mieux accompagner l'accueil au CAT de façon plus individualisée et plus souple, en coordination avec le secteur sanitaire et à créer des synergies avec les ateliers thérapeutiques.

3.1.3 S'inscrire dans une dynamique de recherche avec ses partenaires

Directeur de CAT, je constate que la vie des personnes en situation de handicap psychique est un équilibre précaire : le travail ne peut fonctionner que si l'hébergement, le suivi social, le soin, l'entourage ou la famille ne défont pas.

L'accompagnement des travailleurs du CAT nous a conduits à construire des relations avec les CMP, les hôpitaux psychiatriques, dans la recherche de solutions concrètes et coordonnées. L'exemple ci-après illustre, parmi d'autres, la nécessaire coordination qui doit se construire autour des personnes pour élaborer des projets viables.

J.E., après de nombreuses années passées à l'hôpital, rejoint le CAT. Au début tout va bien. Il exprime sa satisfaction de pouvoir travailler. Il est dans un souci de bien faire et de contenter ses moniteurs. Mais il montre de la fatigue : un temps partiel à 4/5 est alors mis en place en coordination avec son équipe psychiatrique. Ce temps partiel lui permet de garder un lien qui le rassure avec l'hôpital de jour. Quelques mois après nous notons des absences fréquentes et une démotivation. Ses parents (d'adoption) alertés se disent démunis. J.E. ne vient plus travailler, ne prend plus ses médicaments et s'enferme. Une réunion conjointe avec ses parents, son référent médical et le CAT est organisée. Les parents peuvent formuler leur impuissance, leur usure et leur découragement. Une hospitalisation est décidée avec retour en famille les week-ends et le projet de reprendre le travail. J.E. revient travailler au CAT, la nuit il couche à l'hôpital. Un projet d'hébergement est mis en place, à l'essai, pour vérifier que J.E. peut vivre dans un studio avec un service d'accompagnement. Nous espérons que J.E. pourra rapidement ne plus passer ses nuits à l'hôpital mais dans son « chez lui ». Grâce à cette coordination le déséquilibre intervenu dans la vie de J.E. a pu être redressé et son rapport à sa famille s'est ajusté.

Nous savons que pour J.E. l'équilibre retrouvé est fragile et que cette coordination doit être à tout moment mobilisable.

Ma participation dans le conseil intersectoriel de l'hôpital d'Orsay m'a donné l'occasion de rencontrer et d'entendre les besoins exprimés par les représentants des familles et des acteurs en psychiatrie et d'inscrire ces coordinations comme un processus à généraliser.

Marcel JAEGER évoque plusieurs exemples de coopération entre des CAT et le secteur psychiatrique pour illustrer « les relations formalisées entre les institutions sociales et la psychiatrie publique »⁶⁹:

- 1^e cas : le CAT a en son sein un personnel qualifié (infirmier, psychologue, médecin). L'articulation est assurée par le médecin psychiatre du centre. Cette formule ne requiert pas de convention.
- 2^e cas : L'équipe soignante du secteur psychiatrique intervient pour participer aux admissions et, en cas d'incident, dans le cadre d'une convention entre le CAT et l'hôpital pour la mise à disposition d'un quota d'heures mensuelles facturé au CAT.
- 3^e cas : Le détachement par un hôpital d'un personnel soignant, sans contrepartie financière à la charge du CAT. Cette solution a pu se mettre en place dans le cadre d'une expérimentation suscitée par la DDASS qui a assuré le financement du personnel détaché.

Parmi ces formes de collaboration, j'ai opté pour une solution voisine du premier cas avec l'embauche au CAT d'une psychologue à mi-temps et d'un médecin psychiatre quelques heures par semaine. Cependant les liens avec le secteur psychiatrique ne sont pas seulement assurés par le médecin psychiatre qui serait là pour parler de médecin à médecin. La chef de service, la psychologue et moi-même avons des relations avec, du côté sanitaire, les assistantes sociales de secteurs, les infirmiers ou les médecins eux-mêmes. C'est, à mon sens, une grande évolution, aujourd'hui, que le corps médical accepte de travailler « en direct » avec le secteur social et qui témoigne de la nécessité reconnue du partenariat.

Aucun soin n'est dispensé au CAT ; d'une part nous n'en avons pas les moyens, mais d'autre part je pense que ce ne serait pas souhaitable car la différenciation de l'espace de travail serait moins claire pour les personnes accueillies. Aussi les deuxième et troisième formules ne me sembleraient pas respecter cette option. Elles conduiraient, de plus, pour tous les travailleurs suivis par un autre secteur, soit à une double prise en charge, soit à contraindre ces personnes à un transfert de secteur.

⁶⁹ JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social*. 2000, Paris : Dunod, p. 93.

3.2 Accompagner le retour à une activité professionnelle par l'élaboration d'un projet professionnel articulé entre sanitaire et social

3.2.1 Le processus d'admission

Je souhaite que la demande de candidature se fasse par courrier avec une lettre de motivation. Cette démarche du candidat me semble importante car elle fonde symboliquement son désir de reprendre un travail. Cette lettre pourra faire référence comme point de départ de son projet professionnel.

Au cours de l'entretien avec la chef de service, le CAT et les possibilités d'activités professionnelles lui sont présentés. Nous nous assurons que le projet est réaliste : absence de contre-indications médicales (par exemple à la station debout pour les ateliers de cuisine et blanchisserie), temps de transport raisonnable. Généralement un stage de deux semaines est proposé pour lui permettre de découvrir les possibilités d'activités professionnelles des différents ateliers.

A l'issue du stage, dans une entretien avec la psychologue, le candidat est invité à faire part de la façon dont il a appréhendé son stage et à confirmer sa demande d'admission. Au cours d'un entretien en présence de la chef de service, je lui fais un retour de l'évaluation réalisée en équipe pluridisciplinaire.

Le stage peut révéler, au travers des difficultés à arriver à l'heure, à respecter les consignes, à se fixer sur une tâche, le chemin à parcourir et la motivation réelle pour reprendre une activité professionnelle.

Les capacités ne sont pas un critère de sélection sauf si elles étaient visiblement en tel décalage avec celles des autres que cela mettrait la personne en difficulté.

Quand le manque de maturité apparaît très important, nous conseillons, surtout si la personne est jeune, de faire d'autres expériences, de renouveler le stage plus tard ou de rejoindre un établissement transitoire comme les Centres d'Initiation au Travail et au Loisirs (CITL).

Quand le stage a été concluant, et que la personne confirme sa demande d'admission, je lui propose une embauche que nous formalisons par une convention précisant la date d'embauche, les ateliers envisagés, la rémunération, la participation aux frais de repas, les horaires et plus généralement le règlement de fonctionnement.

3.2.2 Offrir des parcours d'admission individualisés

Le droit à une prise en charge adaptée, réaffirmé dans le CASF⁷⁰ par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, doit être inscrit dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie : « La personne doit se voir proposer une prise en charge individualisée la plus adaptée possible à ses besoins dans la continuité des interventions »⁷¹.

Ainsi, pour pouvoir prendre en compte lors de l'admission en CAT les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique, je souhaite offrir une palette de propositions permettant une transition graduelle :

- **La visite du CAT** : La possibilité de visiter le CAT et de se rendre compte visuellement des activités professionnelles proposées par le CAT peut être une première étape. Cette expérience peut être le point de départ d'un souhait de reprendre un travail.
- **Le stage de découverte** : L'objectif n'est pas une admission au CAT, mais la possibilité de faire un essai. Ce stage peut se faire à un rythme adapté sur une ou deux semaines à temps plein ou au contraire à raison de 1 ou 2 jours par semaine sur plusieurs semaines. Une évaluation conjointe de l'expérience peut permettre de voir si la personne souhaite ou non aller plus loin.
- **Le stage en vue d'une admission** : Il permet de confirmer le projet de travail. Il se déroule sur deux semaines, à plein temps, dans généralement au moins deux ateliers retenus en fonction des préférences de la personne. Comme nous l'avons indiqué plus haut, nous cherchons à vérifier à travers ce stage non pas tant les capacités que la motivation pour un projet de travail.
- **Le stage d'évaluation** : Il s'adresse à des personnes qui n'ont pas de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé avec orientation en CAT, sur la recommandation d'un partenaire (CMP, Agence Nationale Pour l'Emploi (ANPE), Mission locale, Équipes de préparation et de suite au reclassement professionnel (EPSR), Section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), Club de prévention, ...) qui juge qu'au vu de l'histoire de la personne, une orientation en CAT pourrait être souhaitable. Le stage permet à la personne de se rendre compte du

⁷⁰ L'article L. 311-3 du CASF « ... sont garantis à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux ... une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé ... ».

⁷¹ Projet d'arrêté (document de travail du 1 août 2002) relatif à la charte des droits et des libertés de la personne accueillie mentionné à l'article L 311-4 du CASF.

travail proposé en CAT. Le bilan de stage explicite les raisons observées pour lesquelles un travail en CAT serait ou non adapté à la situation et au handicap de la personne.

- **Le temps partiel** : nous acceptons les temps partiels sur avis médical pour une période déterminée au bout de laquelle son opportunité est reconsidérée. 15% des travailleurs bénéficient d'un temps partiel généralement en travaillant quatre jours sur cinq. Pour d'autres il pourra se concrétiser par un aménagement des horaires. Le critère que je retiens est l'avis médical qui seul a autorité pour juger de son bien-fondé.
- **La prise en charge conjointe avec l'hôpital de jour ou le CATTP** : Pour une période déterminée (au maximum 6 mois), il peut paraître souhaitable que la personne puisse garder un accompagnement assuré par l'hôpital pour lui permettre d'assumer la transition. Par exemple, la personne peut venir travailler trois jours en CAT et fréquenter l'hôpital de jour le reste de la semaine. Des bilans conjoints tous les deux mois réévaluent la pertinence et la prolongation de cette prise en charge. Cette solution a été pratiquée avec succès pour une personne qui redoutait la reprise d'une activité professionnelle.
- **Le stage long** : proposé sur une période de trois mois, il permet à la personne de faire un essai sans s'engager dans la durée. Une personne est ainsi venue à raison d'une journée par semaine pendant deux mois pour évaluer son désir de reprendre une activité professionnelle. Elle a souhaité ensuite faire un stage d'admission et est aujourd'hui admise au CAT.
- **L'essai** : est une admission présentée à la personne comme un essai à durée déterminée, rémunéré. Administrativement la personne est admise. Si, au bout de la période, celle-ci souhaite abandonner, elle est alors sortie des effectifs. La différence réside dans la façon de présenter à la personne l'admission, pour lui laisser le temps d'intégrer sa reprise d'activité professionnelle, sans avoir le sentiment de s'engager. Cette possibilité devrait aider les personnes qui abandonnent ou sont ré-hospitalisées dès que leur est proposé un projet qui les engage dans la durée.

Ces multiples possibilités s'inscrivent dans un souci d'offrir une souplesse permettant d'individualiser l'accueil avec de possibles allers-retours. Plusieurs personnes, aujourd'hui au CAT, l'ont rejoint après plusieurs stages ou essais étalés sur un ou deux ans.

L'ensemble de ces possibilités sera décrit de façon adaptée dans le livret d'accueil dans le cadre de la mise en œuvre de la loi 2002-2. Ainsi nos partenaires du sanitaire pourront s'y

référer pour proposer aux personnes qu'ils soignent des possibilités de reprendre une activité professionnelle au CAT.

3.2.3 Travailler le projet professionnel en coordination avec le secteur sanitaire

Dans le cadre de l'application de la loi 2002-2, doit être assurée à la personne prise en charge « la participation ... à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne »⁷². La possibilité de reprendre une activité professionnelle est envisagée généralement dans le cadre du projet de vie de la personne avec le référent sanitaire, assistante sociale, infirmier ou éventuellement avec le médecin psychiatre lui-même. Ceux-ci peuvent proposer une visite du CAT, un stage découverte ou une des possibilités évoquées ci-dessus, définir avec la personne la solution qui semble la plus adaptée et lui proposer d'en formuler la demande. La personne peut être accompagnée par son référent sanitaire si elle le désire pour la première rencontre avec le CAT. Au cours de celle-ci, la demande initiale est précisée et nous nous mettons d'accord sur une des formules proposées ci-dessus.

Vers la fin du stage la personne sera invitée par la psychologue du CAT à exprimer la façon dont elle a vécu le stage, ses souhaits et ses demandes pour la suite. Le bilan établi en équipe prend en compte ces demandes. Ce bilan et les suites envisageables sont retournés à la personne dans un entretien qui peut associer, si celle-ci le désire, son référent sanitaire. La personne peut aussi reprendre l'évaluation de son expérience avec son équipe de suivi psychiatrique.

C'est un réel changement de paradigme : les stages et périodes d'essai ne sont pas faits pour juger de l'adéquation de la personne à l'institution mais au service de la construction de son projet. En effet, même si ces essais n'aboutissent pas à un travail au CAT, ils peuvent avoir permis de faire le deuil d'un rêve ou de révéler que le projet de vie d'une personne n'est plus dans la reprise d'un travail. Ils peuvent aussi constituer une expérience qui pourra être renouvelée et aboutir après plusieurs tentatives.

Nous avons commencé à mettre en place des rencontres avec les équipes des différents secteurs de psychiatrie pour coordonner le projet des personnes qui travaillent au CAT et dont elles assurent le suivi médical. Ces rencontres associent médecin chef de service du secteur, psychologue, infirmier, assistante sociale, côté sanitaire et médecin psychiatre, psychologue, chef de service et moi-même, côté CAT. Nous souhaitons pérenniser ces rencontres qui sont très fructueuses et qui permettent, en cas de recrudescence des troubles

⁷² Article L 311-3 du CASF modifié par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

psychiques, de trouver un relais de prise en charge adapté sans que la personne ait lâché tous ses soutiens.

3.2.4 Mettre en place des conventions de partenariat avec le secteur psychiatrique

Le partenariat est plus facile au moment de l'admission au CAT car, au démarrage de la construction du projet de travail, les référents sanitaires sont demandeurs. L'accompagnement qui sera mis en place au début et formalisé dans une convention, permettra d'accompagner dans la durée.

« L'idée d'une formalisation des partenariats par des conventions se retrouve aujourd'hui un peu partout. »⁷³ Ce constat que fait Marcel Jaeger témoigne de l'utilité de l'écrit, à laquelle j'adhère, pour faire un travail plus précis, rigoureux et engageant. Des réunions communes de synthèse autour du projet d'une personne en dehors des situations de crise seront plus sûrement mises en œuvre si elles ont été prévues dans une convention au départ. La personne en a connaissance : elle sait que son projet sera jalonné dans le temps. Ce cadre lui permet aussi de mieux se positionner.

Comme l'article 312-7 du CASF en a confirmé la possibilité depuis l'application de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la rédaction d'une convention tripartite (patient – CMP ou hôpital - CAT) permet de signifier l'engagement mutuel autour de l'accompagnement d'une personne. Ces conventions peuvent comporter :

- le rappel de l'objectif du projet de la personne,
- l'identification d'un référent sanitaire et d'un référent du CAT,
- l'engagement à pratiquer des synthèses régulières avec le patient et à assurer une coordination,
- la possibilité d'un retour à une prise en charge hospitalière en cas de besoin,
- l'engagement de l'intéressé à poursuivre ses soins,
- les conditions d'horaires, de salaires, de responsabilité en cas de prise en charge conjointe,
- l'échéancier : celui-ci est important car il doit indiquer à la personne le prochain jalon. C'est aussi un gage de rigueur et d'engagement concret.

Au début, je ne pense pas que soient nécessaires des conventions générales non directement reliées à l'accompagnement d'une personne. Il vaut mieux en effet commencer

⁷³ JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social* Paris : Dunod, 2000, p. 99.

à construire le partenariat autour du service aux personnes qui seul est porteur de sens. Cette convention qui formalise le projet et l'accompagnement conjoint sera attachée au document individuel de prise en charge prévu par l'article L311-4 du CASF.

3.2.5 Créer des ponts entre atelier thérapeutique et CAT

Après une hospitalisation, qui permet de traiter la crise, les malades mentaux ont besoin de réapprendre la vie sociale et d'avoir un temps de préparation à la reprise d'une activité professionnelle. Quelquefois, au moment du stage de pré-admission au CAT, il apparaît clairement que la personne n'est pas encore prête. Comme je l'ai évoqué ci-dessus, j'ai exploré l'opportunité d'un dispositif de réadaptation au travail pour cette population et finalement fait le choix de travailler à rapprocher des dispositifs existants. Dans ce cadre, j'explore aujourd'hui des possibilités de synergie du CAT avec un atelier thérapeutique du voisinage. L'idée est de donner la possibilité à un groupe constitué d'un atelier thérapeutique de venir expérimenter au CAT, avec les professionnels qui l'accompagnent, une activité à caractère professionnel pendant une période donnée. Cette formule est déjà pratiquée avec un IMPRO de personnes malvoyantes. Cette mise en situation de travail est appréciée et permet de préparer une transition future. J'ai rencontré un accueil très favorable de la part de cet atelier thérapeutique voisin qui a aussi comme objectif de préparer le retour à une activité professionnelle. Je pense que cette formule, que nous envisageons d'essayer prochainement, peut permettre de plonger ces personnes dans une dynamique de travail qui est absente en milieu hospitalier, tout en laissant le rôle thérapeutique de relecture du vécu de l'activité aux professionnels du secteur sanitaire. En outre cette synergie pourrait construire cette connaissance mutuelle entre professionnels des secteurs sanitaire et social préconisée par le rapport Roelandt et le livre blanc de Santé Mentale France. Cette reconnaissance mutuelle de nos complémentarités ne pourrait qu'être bénéfique à l'accompagnement de ces personnes.

3.2.6 Surmonter les difficultés dans la mise en place de ces partenariats

Analysons maintenant les difficultés que nous rencontrons pour construire ces partenariats et les moyens d'y faire face.

3.2.6.1 La multiplicité des partenaires

Les territoires géographiques de la sectorisation de la psychiatrie ne coïncident pas avec les secteurs d'habitation des travailleurs du CAT qui dépendent très souvent des moyens de transport. Pour construire cette articulation le CAT doit être en lien avec une dizaine d'équipes de CMP. Ce partenariat a commencé avec les secteurs qui assurent le suivi médical du plus grand nombre. Avec les secteurs plus éloignés, ces liens de partenariat

n'ont pas encore été développés et se limitent à des contacts en cas de difficultés majeures. Je souhaite m'investir d'abord dans un partenariat plus approfondi avec quelques-uns pour expérimenter les bonnes pratiques qui peuvent être mises en place et qui pourront ensuite être reproduites.

3.2.6.2 Expérimenter les bénéfices du partenariat pour quitter les fonctionnements d'urgence

Souvent les liens entre sanitaire et social s'établissent pour résoudre des situations de crise et d'impasse. Certes ces relais sont importants mais ils sont souvent activés tardivement quand les situations se sont beaucoup dégradées.

Les secteurs sanitaires avec lesquels nous travaillons font état d'un manque de moyens qui se traduit par des délais et des intervalles entre rendez-vous qui s'allongent. Certains acteurs sanitaires prétextent n'avoir déjà pas assez de temps pour assurer leur propre mission et ne pas pouvoir consacrer de temps à construire une articulation avec des partenaires extérieurs.

Les pratiques de partenariat requièrent du temps pour se mettre en place. Il faut apprendre à se connaître, à s'apprécier dans des rôles complémentaires. Cela nécessite un investissement de départ.

Mais, à moyen terme, c'est un investissement utile : si, comme nous l'avons évoqué en première partie, l'efficacité des soins apportés à une personne est proportionnelle à son accompagnement social, il est probable que le projet autour d'une personne, s'il est coordonné dès le départ entre sanitaire et social, aura plus chance de réussir.

Pour inviter l'équipe du CAT à construire ces liens de partenariat, je souligne son intérêt pour notre travail d'accompagnement au service de la personne. Quand le sens est retrouvé, les énergies peuvent se mobiliser.

Je pense que la pratique des conventions, qui obligent à échanger autour de l'accompagnement d'une personne, peut être un moyen pour expérimenter le travail de partenariat et en découvrir les bénéfices.

3.2.6.3 S'inscrire dans un projet global pour sortir des logiques spécifiques

M. Laforcade, directeur adjoint de la DRASS d'Aquitaine, questionne les chances d'une articulation entre sanitaire et social en soulignant que nous avons été habitués, pour faire face à la complexité, à décomposer en parties pour apporter des réponses spécifiques en oubliant de garder la vision du tout. Chaque réponse isolée peut être inopérante si elle ne prend pas en compte la globalité de la personne. « Le système sanitaire et social accorde

une place disproportionnée à la dimension soignante au détriment des interventions sociales,...à la logique de la réparation au détriment de la prévention »⁷⁴. Nous restons préoccupés par nos fonctionnements propres. Le secteur social est habitué à ne faire appel au secteur médical qu'en cas de crise quand il n'est plus en mesure de gérer. Le secteur sanitaire est parfois pressé de voir la mise en place d'une prise en charge sociale qui pourra lui permettre de se désinvestir et de décongestionner un service sans prendre le temps de travailler préventivement les conditions de réussite du projet avec les partenaires du secteur social.

Ces obstacles, qui sont réels, ne peuvent être surmontés que si notre action s'inscrit dans un souci de construire un projet global de la personne. Le changement de paradigme que le rapport Roelandt préconise : chercher non plus à « avoir des partenaires » mais à « être partenaire »⁷⁵ est pour moi très éclairant. Il s'agit non pas d'avoir des partenaires pour résoudre les problèmes liés à sa mission spécifique, mais d'être partenaire au service de la personne accompagnée.

3.2.6.4 L'absence de suivi par un secteur de psychiatrie

Malheureusement les personnes en situation de handicap psychique qui postulent au CAT n'ont pas toutes un suivi en psychiatrie de secteur. Elles sont suivies, avec plus ou moins de régularité, par des médecins psychiatres libéraux qui n'ont pas les moyens d'assurer le lien avec la prise en charge sociale ou une prise en charge d'urgence. Ces personnes ont souvent, ainsi que leur entourage familial, une réticence envers la psychiatrie publique et les hospitalisations. Elles sont souvent hébergées dans leur famille et n'ont pas d'autre accompagnement social que le CAT. Il nous est arrivé dans des cas difficiles de demander l'engagement d'un suivi psychiatrique conditionnant l'accueil au CAT. Mais cet engagement peut ne rester que déclaration de bonnes intentions.

3.2.6.5 Le principe de libre adhésion

« N'est-il pas temps de réinterroger ce postulat fondateur de l'action sanitaire et sociale ? Enfant modèle du principe de liberté, le concept paraît vertueux : pas d'intervention d'un professionnel sans volonté clairement exprimée de l'usager. L'éthique professionnelle est apparemment sauve : il n'y aura ni injonction thérapeutique, ni injonction sociale »⁷⁶. Dans le

⁷⁴ LAFORCADE M. Quelle articulation entre sanitaire et social ? *Les cahiers de l'Actif*. septembre-octobre 2001, N° 304/305, p. 62.

⁷⁵ ROELANDT J-L. *Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport au ministre délégué à la santé, avril 2002, p.25.

⁷⁶ LAFORCADE M. « Quelle articulation entre sanitaire et social ? ». *Les cahiers de l'Actif* septembre-octobre 2001 N° 304/305 p.63.

secteur social nous sommes confrontés à des accompagnements de personnes qui sont en incapacité de demander des soins. C'est le cas de tous les exclus. L'équipe du CAT a ainsi accompagné une personne handicapée travaillant au CAT qui était à cinq mois de grossesse sans avoir encore jamais consulté. Je préconise dans les conventions tripartites de faire figurer pour l'intéressé un engagement de soins conditionnant le projet de travail au CAT. Cet engagement ne peut être une obligation, ce qui serait contraire à la déontologie médicale.

3.2.6.6 Le respect du secret professionnel et de l'espace de travail

Le travail de partenariat, qui conduit à échanger des informations sur les personnes, pose la question du secret professionnel. Le rapport Roelandt note⁷⁷ en effet que le respect du secret professionnel qui fait partie de la déontologie médicale peut être un obstacle au travail en réseau.

Dans le milieu dit « ordinaire » de travail, la vie extraprofessionnelle reste du domaine privé, non partagé. Au CAT, c'est assez différent, car les personnes handicapées viennent avec les soucis de leur vie extraprofessionnelle qu'elles partagent facilement.

Comment rendre compatible le respect de l'espace de travail, où la personne peut être reconnue au delà de son handicap, avec les échanges d'informations nécessaires avec nos partenaires du médical ou de l'hébergement ? Je pense que c'est le droit à l'intimité de la vie privée qui doit être garanti, en ne construisant ces ponts entre prises en charge qu'avec l'aval de la personne. Le secret professionnel est alors un secret partagé, qui exige de se poser, à chaque fois, la question de l'opportunité de communiquer une information.

Je souhaite souligner ici un paradoxe : l'absence de formation spécifique à l'accompagnement du handicap psychique des moniteurs d'atelier peut être une chance dans une équipe pluridisciplinaire, pour ne pas enfermer la personne dans son handicap. Ce qui pourrait être le risque si nous étions tous des spécialistes.

3.2.7 L'articulation entre sanitaire et social, une triangularisation constructive

Par le principe de réalité et les contraintes que le travail apporte, le CAT offre un cadre et des repères sociaux structurants : dans une lecture psychanalytique, il porterait symboliquement la fonction du père. L'écoute, les soutiens, la protection, qui seraient plutôt les attributs de la mère, sont assurés par les partenaires du médical, qui prennent soin, ou de l'hébergement, qui sont proches de l'intimité de la personne. A défaut le psychologue, le

⁷⁷ ROELANDT J-L. *Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport au ministre délégué à la santé, avril 2002, p. 24.

médecin psychiatre, l'animatrice de formation ou l'accueil du secrétariat peuvent assurer ce rôle dans le cadre du CAT. Dans les cas d'accompagnement difficile, je suis convaincu que le partenariat du CAT avec le secteur médical et l'hébergement apporte une triangularisation constructive : il offre à la personne un espace où les rôles de chacun sont bien repérés. J'attache beaucoup d'importance à rester dans notre rôle au niveau du travail et de renvoyer, autant que possible, l'accompagnement de la personne dans les autres domaines auprès des instances appropriées.

3.3 Partenariat et stratégies de management

3.3.1 Une organisation en capacité d'innovation et de gestion de la complexité

L'évolution des politiques sociales demande aujourd'hui aux organisations de s'adapter aux évolutions rapides des besoins, des environnements, de diversifier les offres, de reconnaître le droit et la place de l'utilisateur, d'individualiser les réponses. La souplesse, la réactivité, l'innovation sont les qualités requises aujourd'hui dans la mise en œuvre de l'action sociale. Les réponses spécifiques doivent s'inscrire dans un projet global. « L'établissement est entré dans l'ère de la gestion de la complexité et dans un management de la fluidité des espaces sociaux. »⁷⁸

Renaud Sainsaulieu distingue plusieurs types d'organisation :

Un premier type d'organisation où « l'action collective est produite par l'observance de la règle »⁷⁹. Une telle organisation, où les capacités des individus ne peuvent s'exercer que dans les limites de la fonction exercée, aura beaucoup de difficultés pour prendre en compte les changements et les aléas de la contingence externe.

Un deuxième type où « le passage de l'individuel au collectif est assuré par la persuasion des leaders, ... par la soumission charismatique à l'égard de toute position autoritaire, chargé de conduire le changement »⁸⁰. Dans cette forme d'organisation, seuls les leaders ont la vision, les autres suivent.

Enfin un nouveau type émergent d'organisation qui rassemble des individualités, enrichies de leurs expériences, de leurs confrontations culturelles, de leur apprentissage, capables par l'expression, la confrontation, ou la négociation de produire « l'émergence de normes, valeurs et codes, rendant possible la rencontre de ces acteurs de soi dans une visée d'action

⁷⁸ LEFEVRE Patrick, *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 1999, p. 137.

⁷⁹ SAINSAULIEU R. *Sociologie de l'entreprise*. Mayenne : Dalloz, 1997, p. 427.

⁸⁰ Ibid. p. 428.

collective »⁸¹. Ce type d'organisation, fondée sur la participation et l'adhésion de sujets à un projet commun élaboré collectivement, est beaucoup plus fécond et créatif. L'enrichissement que les individualités apportent au projet collectif est corrélé à l'enrichissement personnel et au sentiment de participer à l'œuvre collective.

Dans la direction du CAT c'est cette forme de management participatif que je mets en oeuvre. Je m'appuie sur les potentialités de mes collaborateurs, j'encourage les initiatives qui enrichissent le projet. Quand nous avons à faire face à une situation difficile je les invite à apporter des solutions ou à réfléchir aux solutions envisagées pour trouver la plus appropriée. Quand quelqu'un fait des propositions, je prends le soin de l'écouter, d'en discuter : si elles s'inscrivent dans le projet du CAT et que nous en avons les moyens, je l'invite à poursuivre et à les mettre en œuvre.

Dans le cadre de l'aménagement et la réduction du temps de travail, j'ai souhaité responsabiliser chaque atelier : les moniteurs sont invités à s'organiser pour la planification de leurs congés et de leurs jours de récupération par pôle de polyvalence. Chacun est responsabilisé pour assurer le service qui doit être assumé.

Les règles ou références de fonctionnement peuvent être débattues ou remises en cause, si elles ne servent plus le projet de façon pertinente.

Cette forme d'organisation ne peut s'installer dans l'immobilité. C'est comme faire de la bicyclette : l'équilibre n'est pas statique, il ne se trouve que dans le mouvement. « La multiplicité nouvelle des scènes de référence, auxquelles le confronte l'exercice de son autonomie dans le travail, instaure la dynamique de son psychisme comme force motrice de ses capacités d'affirmation, de coopération et d'initiative. »⁸² Je voudrais illustrer ici ce propos au travers des choix que nous avons faits dans l'atelier de sous-traitance. Nous avons très peu de contrats pérennes, ainsi la nature du travail change souvent. Cela est plus exigeant et demande plus de travail aux moniteurs, mais cette confrontation renouvelée stimule la créativité des moniteurs, et - j'en suis sûr- les aide à renouveler leur regard sur les capacités des travailleurs et à imaginer leur confier de nouvelles tâches. Les moniteurs disent trouver le travail plus intéressant, car ils sont ainsi sollicités dans leur rôle de moniteur à apporter toute leur créativité et mettre en œuvre leur pédagogie.

L'ouverture au quotidien sur notre environnement crée une culture d'ouverture qui favorise les innovations et provoque un questionnement demandant une réactivité permanente.

⁸¹ Ibid. p. 429.

⁸² Ibid. p. 430.

Ainsi la vie change de couleur, les problèmes deviennent des occasions de s'améliorer, une invitation à aller plus loin, à imaginer des solutions nouvelles.

3.3.2 Analogies du travail en partenariat et du travail en équipe pluridisciplinaire

L'analyse que Laurent Fraisse⁸³ fait des caractéristiques du travail en réseau me paraît intéressante et source d'analogie avec la direction d'une équipe pluridisciplinaire :

3.3.2.1 Les caractéristiques du partenariat et du travail en réseau

- **Une mobilisation sur un projet** : dans un réseau, les liens sont à l'état de potentialités. C'est un projet qui vient rassembler et mobiliser dans un temps limité des acteurs et des ressources divers, «le réseau ne vit que par les projets qu'il permet de réaliser. ... En l'absence de structure juridique, la réalisation d'un projet est la preuve, la manifestation que le réseau existe. »⁸⁴
- **En capacité de réactivité, de créativité, d'innovation** : le travail en réseau se met généralement en œuvre pour faire face à des questions qui ne peuvent être résolues dans le contexte des dispositifs existants, «il constitue une forme de mobilisation des ressources favorables à la créativité et à l'innovation sociale ».⁸⁵
- **Les valeurs ne sont pas données, elles sont à construire** : le réseau regroupe des personnes qui ne partagent pas forcément les mêmes convictions, les mêmes valeurs, qui ne sont pas issues de la même tradition. Souvent la constitution du réseau « passe par l'affirmation de textes fondateurs, manifeste, charte, appel collectif ⁸⁶» qui formalisent et circonscrivent les valeurs communes qui fondent l'engagement de ses membres.
- **Une organisation démocratique** : « le réseau tente de fonctionner démocratiquement sans structuration juridique formelle »⁸⁷. L'organisation n'est jamais préexistante à la constitution du réseau. «Le réseau permet de mobiliser des acteurs aux statuts et ressources différents selon des formes de coopération horizontale qu'il faut à chaque fois renégocier »⁸⁸. Il n'y a pas de lieu central du

⁸³ HAERINGER J., TRAVERSAZ F. /ed. *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2002, Chapitre 4. FRAISSE L. S'organiser en réseau : une mutation de l'espace public associatif, pp. 117-134.

⁸⁴ Ibid. p.121.

⁸⁵ Ibid.p.119.

⁸⁶ Ibid.p.121.

⁸⁷ Ibid.p.118.

⁸⁸ Ibid.p.121.

pouvoir (président, conseil d'administration). Les acteurs seront reconnus pour leur investissement effectif. Ceux qui seront en capacité de mobiliser les membres du réseau autour du projet collectif gagneront la représentativité et la légitimité de le conduire. Ce mode d'organisation peut être instable et demande des réajustements permanents.

- **La confiance et le partage de l'information** : le travail en réseau est fondé sur la reconnaissance mutuelle des membres partenaires, sur la « confiance que chacun transmette et utilise l'information de manière transparente, confiance dans les règles tacites, confiance dans la réciprocité des échanges entre membres »⁸⁹. La confiance est nécessaire au développement des initiatives. Certains membres sont des coordinateurs et des médiateurs qui suscitent et facilitent les liens entre membres du réseau en diffusant l'information.

Le travail en réseau est porteur de nouveaux modes de travail collectif qui doivent inspirer le fonctionnement de nos organisations.

3.3.2.2 Favoriser le travail d'équipe, apprendre en interne le partenariat

Dans le travail en partenariat il est important que chacun reconnaisse et respecte le rôle de chacun. Il en est de même dans le travail d'équipe.

Nous avons vu que l'accompagnement difficile des personnes en situation de handicap psychique demande un travail en équipe pluridisciplinaire. En effet, individuellement les moniteurs sont démunis devant des situations auxquelles ils sont confrontés dans l'accompagnement du travail. Pour ajuster et coordonner notre accompagnement, ou adopter un positionnement éducatif, nous confrontons les aspects du travail apportés par le moniteur, les règles communes de fonctionnement de l'établissement, la prise en compte des limites du handicap ou de la maladie apportée par le médecin psychiatre ou le psychologue, des éléments pertinents de la vie extraprofessionnelle que tel ou tel a pu recueillir. Chacun est invité à apporter sa contribution et à adhérer à l'attitude adoptée en commun.

L'exemple de l'accompagnement de S.D. montre la nécessité d'un positionnement élaboré en équipe :

La stabilisation des troubles psychiques de S.D. est toujours précaire. Il travaille en entretien de locaux. Il est capable de faire un travail soigné et de qualité. Par moment il ne va pas bien du tout. Il peut rester prostré, envahi par des voix ou tenir des propos délirants et être

⁸⁹ Ibid.p.121.

incapable de travailler. Quelquefois son traitement semble l'assommer. Il est intelligent. Il lui arrive de trafiquer un arrêt maladie, de téléphoner qu'il est souffrant pour aller acheter le vélo dont il rêve, ou encore d'annoncer qu'il se rend aux obsèques de son beau-père auxquelles il n'est pas invité. Que faire quand il demande à s'allonger pour se reposer ou que son travail n'est plus soigné ? Est-il manipulateur ? Profite-t-il de son handicap ? Une attitude éducative est nécessaire pour signifier les limites. Quelles sanctions peuvent être appliquées ? Quelle est la part de la maladie et du handicap ?

La présence de la psychologue et du médecin psychiatre permet de démêler ce qui peut trouver son origine dans la pathologie de la personne. Il y a une ligne de crête qu'il faut ajuster en équipe entre l'exigence de l'attitude éducative et la prise en compte des déficiences liées à la maladie mentale. J'attache beaucoup d'importance à construire une cohérence d'accompagnement autour de la personne. Du secrétariat à l'accueil, qui est le premier contact avec les familles ou les travailleurs, au chef de service, des moniteurs au psychologue et médecin psychiatre, tous doivent porter cette cohérence du positionnement d'équipe dont je suis le garant.

3.3.2.3 Fixer l'objet des différentes instances de travail et de communication

Comme dans un travail de réseau, où les circuits de communications et les espaces de travail doivent être bien identifiés pour assurer un fonctionnement efficient, j'ai organisé le travail d'équipe et les espaces de réunions en fixant à chacun des objectifs clairs et bien repérés :

- La réunion hebdomadaire à laquelle toute l'équipe participe, pour aborder en profondeur l'accompagnement et le projet professionnel de tel ou tel travailleur, ou des questions concernant l'organisation globale du CAT.
- Les réunions bimensuelles d'atelier, où les moniteurs d'ateliers et le chef de service abordent l'organisation du travail, l'adaptation des postes aux personnes, la sécurité, les investissements, les devis, les démarches commerciales, etc.
- La réunion hebdomadaire du comité de direction qui associe Directeur, chef de service, médecin psychiatre et psychologue, dans laquelle les discernements et décisions concernant l'accompagnement des personnes sont élaborés, ainsi que les orientations concernant le projet d'établissement. J'ai souhaité associer psychiatre et psychologue à cette réflexion hebdomadaire pour l'enrichir et ne pas être dans une relation duelle avec le chef de service. Nous avons, ensemble, par ailleurs une autre réunion hebdomadaire pour prendre les décisions concernant l'organisation du CAT.

- Une réunion quotidienne courte (10 minutes) au début de chaque journée. Cette réunion est un temps de resynchronisation de l'équipe. Elle permet d'échanger des informations concernant l'accompagnement des personnes sans attendre la réunion hebdomadaire, informations nécessaires à un positionnement éducatif commun et plus ajusté. Les actions de soutien et autres événements de la journée y sont rappelés. Elle peut être une occasion pour chacun de partager ses objectifs du jour. Elle permet aussi de trouver des solutions pour des problèmes n'ayant pas pu être anticipés, maladie de l'un, panne de matériel, et éventuellement de faire appel à la solidarité inter-ateliers.

J'accorde beaucoup d'importance à cette réunion qui permet de construire cette cohérence de positionnement évoquée ci-dessus, de nourrir un sentiment d'appartenance, et d'éviter les rivalités entre ateliers. En effet le fait d'entendre les difficultés des uns et des autres, de voir la solidarité qui se met en place, désamorce les comparaisons entre ateliers et construit une cohésion d'équipe.

3.3.3 Éviter l'usure des professionnels

Le CAT est récent et l'équipe est très investie : la plupart ont rejoint l'action sociale avec une envie de trouver du sens à leur activité professionnelle et beaucoup me disent avoir plaisir à venir travailler. Le sens et le plaisir trouvés dans le travail sont sûrement la meilleure antidote au « burn-out », cet épuisement qui peut guetter, entre autres, les professionnels du secteur social ou médical. Mon souci de directeur est d'entretenir cette implication dans le travail par la responsabilisation, l'encouragement des initiatives, la réflexion et la prise de recul. Je pense que cette question doit rester une préoccupation du directeur car, comme le souligne le Livre Blanc de Santé Mentale France, « l'expérience montre que la variation constante des besoins [qui caractérise l'accompagnement de cette population] épuise les personnes et les organisations les plus diligentes »⁹⁰ : les régressions des personnes et les remises en cause de projet questionnent l'équipe sur son accompagnement et peuvent la confronter à un sentiment d'impuissance devant les aléas de la maladie mentale. Quels lieux a-t-elle pour l'exprimer et ne pas se rendre responsable et coupable de ces retours en arrière ?

Les différentes réunions évoquées ci-dessus offrent des espaces de parole. A la réunion du matin il n'est pas rare que l'un ou l'autre partage sa limite, son doute dans l'accompagnement de certaines personnes, ses questions sur la conduite appropriée à tenir.

⁹⁰ SANTÉ MENTALE FRANCE. *Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris : Éditions de Santé, 2001, p.9.

Le partage et la confrontation de nos styles d'accompagnement nous enrichissent et relativisent les difficultés ressenties. La réunion d'équipe hebdomadaire permet aussi de réfléchir aux enjeux de l'accompagnement difficile de telle ou telle personne, et d'adopter un positionnement cohérent d'équipe.

Plusieurs CAT sur Paris accueillant des malades mentaux proposent aux moniteurs qui le souhaitent, tous les mois, un espace de parole inter-CAT avec l'aide d'une psychologue. J'ai l'intention d'approfondir les atouts et les limites de cette expérience qui m'apparaît intéressante, pour envisager de la proposer à des CAT voisins. En effet je pense que les professionnels ont besoin d'espace pour échanger sur leurs pratiques, pour être écoutés dans leurs difficultés. Au CAT les moniteurs qui sont en relation d'accompagnement des personnes à longueur de journée peuvent aller rencontrer la psychologue, ou le médecin psychiatre, pour être éclairés sur des situations et des accompagnements difficiles.

Un autre axe pour entretenir cette implication au travail, c'est l'enrichissement de la fonction qui est confiée aux moniteurs au travers des projets professionnels personnalisés⁹¹ des travailleurs, qui sont en train d'être mis en place. Chaque moniteur sera coordinateur de l'élaboration et du suivi de ces projets pour quelques travailleurs. Cela renforce son rôle d'accompagnateur et élargit sa fonction.

Enfin pour prendre du recul, j'encourage la participation à des journées de réflexion thématiques ou à des échanges inter établissements.

3.4 Valoriser l'image du travail en CAT, une alternative à la stigmatisation du handicap

Le travail proposé en CAT doit participer à l'intégration sociale des personnes handicapées. Nous avons vu en première partie que, de par sa nature même, le handicap psychique pouvait conduire à des situations d'isolement, de marginalisation et d'exclusion. Redonner par le travail une place dans la société, reconstruire une identité citoyenne, est donc un objectif primordial pour les personnes en situation de handicap psychique. Pour la réussite de cet objectif, la qualité de l'image du travail aux yeux des travailleurs du CAT sera donc essentielle. Aussi je défends qu'améliorer l'accueil en CAT des personnes en situation de handicap psychique passe aussi par la valorisation du travail en CAT. A l'instar des politiques sociales québécoises qui ont cherché à intégrer les personnes handicapées dans la cité mais parfois dans des situations de grand isolement par une politique volontariste de

⁹¹ Les projets professionnels personnalisés dont l'objectif est de rendre le travailleur acteur de son projet de travail sont décrits ci-après au paragraphe 3.4.3.

désinstitutionnalisation dans les années quatre-vingt-dix, et qui mettent aujourd'hui l'accent sur leur « participation sociale », nous sommes invités à changer de paradigme. Nous devons passer d'une conception occupationnelle du travail à une vision où le travail est vecteur de participation sociale.

3.4.1 L'ouverture sur notre environnement relativise le handicap

Cette ouverture est au cœur du projet d'établissement, c'est le paramètre primordial qui prévaut dans le développement des activités professionnelles proposées⁹². Cette ouverture se fait dans un double mouvement : un mouvement vers l'extérieur : des activités de bureautique ou d'entretien de locaux qui sont pratiquées en interne sont aussi effectuées en entreprise. Un mouvement d'accueil de l'extérieur en nos murs : plus de deux cents clients viennent déjeuner au restaurant à midi ou apportent leur linge à repasser. Cette présence habituelle des clients crée une culture d'ouverture et une dynamique qui permet de ne pas s'endormir dans des replis institutionnels protecteurs.

Cette culture d'ouverture relativise le handicap. La présence des clients qui viennent pour chercher un service, ou pour manger, témoigne que le handicap n'est plus la polarisation du CAT. Le travail assure une fonction de tiers qui décentre le handicap : en effet le handicap disparaît derrière le travail qui est à faire ensemble, moniteurs et travailleurs, certes chacun dans un rôle différent.

Travailleurs et encadrants ont une certaine fierté de leur travail dont la qualité nous est signifié par l'extérieur à travers la confiance renouvelée des clients, ou encore, par exemple, au travers des compliments sur le cahier de doléances du restaurant.

Ainsi je pense que le regard et le respect que l'équipe d'encadrement porte à chacun au-delà du handicap, le côtoiement quotidien avec nos clients, atténue considérablement le sentiment de stigmatisation que les personnes handicapées psychiques pourraient ressentir en venant travailler au CAT.

3.4.2 MOSAÏC Services, le choix d'un nom

Au travers d'un processus, validé par l'association, qui a associé l'ensemble du personnel et des travailleurs, un nom qui porte le sens de notre projet a été choisi : « MOSAÏC services ». Il suggère à la fois qu'au niveau de notre activité économique nous proposons une palette de services, mais signifie aussi symboliquement, par la référence à une mosaïque, que la couleur de chacun est nécessaire à l'œuvre collective. Les prestations que nous réalisons

⁹² Se reporter à la description du projet du CAT au paragraphe 2.3.1.

avec la participation de chacun sont une œuvre reconnue par nos clients qui nous font confiance.

3.4.3 Rendre le travailleur acteur de son projet professionnel

Dans le cadre de l'application de la loi 2002-2, où doit être assurée à la personne accueillie « la participation...à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne » j'ai engagé l'équipe dans une démarche de projets professionnels personnalisés pour assurer une plus grande participation du travailleur à l'élaboration de son projet professionnel. La mise en place de ces projets professionnels personnalisés va rechercher la participation de la personne à son auto-évaluation, aux choix des objectifs, des moyens et du calendrier de mise en œuvre. Cette notion de temps est importante car nous devons définir des objectifs qui soient concrets et réalisables. Pour améliorer le suivi de la mise en œuvre, un moniteur référent est chargé de la coordonner en utilisant les compétences et les fonctions pluridisciplinaires de l'équipe. Si le projet du travailleur ne peut s'inscrire dans le cadre des activités proposées au CAT, un accompagnement sera mis en place pour le mettre en œuvre à l'extérieur. Le travailleur a la possibilité d'évoluer vers d'autres CAT par exemple, comme tout salarié en milieu ordinaire souhaite pouvoir le faire.

La mise en place de ces projets professionnels personnalisés s'inscrit aussi dans la perspective du changement de paradigme évoqué ci-dessus, le passage d'un travail occupationnel à un travail envisagé comme une participation à la vie économique et sociale.

Je souhaite souligner ici, l'importance de veiller en tant que directeur à appliquer l'esprit des lois, dans un souci de la personne. Nous parlons « d'être acteur », de « projet », d' « évolution », d' « insertion ». Ces principes doivent me guider mais je reste vigilant à ce qu'ils soient adaptés aux personnes que nous accompagnons. Quelquefois le projet d'une personne sera de continuer à arriver à l'heure, pour une autre il sera la mise en place d'un temps partiel pour prendre en compte sa fatigue. L'accompagnement des évolutions qui ne sont pas « positives » ne doit pas être négligé. Cela fait tout autant partie de notre rôle même si c'est moins gratifiant ou moins dans le sens de ce que nous aurions souhaité. Il faut faire attention à ce que ces projets ne soient pas élaborés en fonction de nos critères institutionnels, ou dans la hâte pour répondre à des contraintes extérieures. Un projet de détachement ou d'insertion, par exemple, nécessite une adéquation entre d'un côté une demande de la part d'une entreprise et de l'autre une personne qui a préparé ce projet et qui est en mesure d'assurer la prestation. Cette conjonction d'opportunités n'est jamais idéale. Malgré le désir de voir aboutir le projet, savoir respecter la personne, son rythme, et peut-

être, à cause de cela, renoncer à l'opportunité offerte par l'entreprise est un souci éthique auquel je suis vigilant.

La psychologue et le médecin psychiatre ont attiré l'attention de l'équipe, dans la mise en place des projets professionnels personnalisés, sur la possibilité anxiogène que peut avoir pour les personnes handicapées psychiques le fait même d'évoquer l'idée de projet. Là encore, un rythme respectueux de la personne doit être trouvé, équilibre entre stimulation, invitation à évoluer et acceptation du besoin de sécurité apporté par le rituel des activités.

3.4.4 Professionnaliser les ateliers : l'apprentissage de vrais métiers avec une exigence de qualité

Les prestations de services effectuées par le CAT ont des standards de qualité équivalents à ceux de l'économie marchande. Les ateliers sont des lieux d'apprentissage de savoir faire des métiers de la cuisine, de la blanchisserie, de l'entretien de locaux, de la bureautique. En accord avec l'association, j'ai proposé d'investir de façon importante dans du matériel moderne et performant à l'usage desquels les travailleurs sont formés. Les normes HACCP⁹³ garantissant un respect des règles d'hygiène obligatoires en restauration collective sont appliquées dans l'atelier cuisine qui est contrôlé par un laboratoire d'analyse bactériologique. J'ai souhaité que nous nous engagions aussi dans l'application des normes d'hygiène équivalentes pour l'atelier blanchisserie. Aussi, tous les travailleurs sont formés aux risques liés à l'hygiène, aux techniques d'entretien de locaux, aux méthodes HACCP, en complément de l'expérience acquise sur le terrain. Cette exigence de qualité que je souhaite apporter aux prestations du CAT doit témoigner de la capacité des personnes handicapées et participer à la reconnaissance de leur place et de leur dignité. Je souhaite ainsi offrir aux travailleurs de vrais métiers tels qu'ils pourraient les pratiquer en milieu ordinaire.

3.4.5 Offrir des parcours vers l'insertion en milieu ordinaire

Même si comme nous l'avons vu ci-dessus la mission d'insertion en milieu ordinaire reste marginale dans ses résultats, je pense qu'elle doit être un objectif qui ouvre un avenir possible en dehors du CAT et qui crée une dynamique interne.

Pour ne pas seulement « parler » d'insertion, mais réellement s'engager dans cette voie, j'ai souhaité développer un partenariat avec trois CAT de l'Essonne pour mutualiser nos expériences pour un projet d'insertion de travailleurs de nos CAT en milieu ordinaire de travail, cofinancé par l'AGEFIPH. Dans le cadre des projets professionnels personnalisés

⁹³ Hazard Analysis Critical Control Point (Analyse des dangers, points critiques pour leur maîtrise : méthode pour garantir la sécurité alimentaire).

nous essayons pour ceux qui le désirent de proposer un parcours par des soutiens internes, des bilans de compétences, des stages à l'extérieur, des formations complémentaires. Être engagé dans un programme oblige à se fixer des objectifs dans le temps, à jaloner le parcours d'étapes identifiées. Parmi les personnes accueillies au CAT, probablement peu peuvent espérer trouver un jour un emploi en milieu ordinaire ; cependant, je considère que garder cet objectif bénéficie à la dynamique d'encadrement de l'équipe et offre aux travailleurs la possibilité d'envisager une évolution.

J.M. nous dit : « Voilà trois ans que je suis au CAT, je réfléchis à mon avenir, j'ai 45 ans, je me pose des questions, je voudrais savoir comment je peux évoluer ».

Bien que la possibilité pour J.M. de rejoindre le milieu ordinaire paraisse utopique, il est important qu'il ait eu la liberté de se poser ces questions qui pourront constituer une base pour construire son projet d'évolution. Cette liberté est donnée par le témoignage des collègues qui ont pu évoluer.

3.4.6 La reconnaissance du travail par le salaire

Les modalités de rémunération prévues dans les textes⁹⁴ ne participent pas à la reconnaissance du travail en CAT par le salaire. A titre d'exemple, pendant les trois premiers mois d'essai, l'État ne verse pas le complément de rémunération pour assurer la garantie de ressources. De ce fait le salaire se résume pendant cette période à quelques dizaines d'euros correspondant à la part du salaire CAT. Même si pendant cette période ils peuvent encore toucher l'AAH à taux plein, le salaire sur leur feuille de paie leur apparaît – à juste titre - misérable et scandaleux. En milieu ordinaire, le code du travail nous garantit d'être payé un salaire plein pendant notre période d'essai. Cette anomalie est particulièrement ressentie par les personnes handicapées psychiques qui savent compter, ont la notion de la valeur de l'argent, et ont pour quelques-uns déjà eu un salaire en milieu ordinaire. Il est vrai que cette question était moins prégnante avec les personnes handicapées mentales avec une déficience qui seront, elles, toute fières d'avoir gagné quelques billets, quelle qu'en soit la valeur.

Quand la question du salaire constitue un enjeu important pour la personne, en accord avec la Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP) en charge du remboursement de la garantie de ressources, je sollicite, auprès de la COTOREP, au cas par cas, la réduction de la durée de la période d'essai. Ainsi il est possible de verser dès le premier ou deuxième mois un salaire plein avec le complément de

⁹⁴ Décret n°77-1465 du 22 décembre 1977 concernant les modalités d'application de la garantie de ressources modifié par le décret 90-148 du 31 mai 1990.

rémunération. Il me paraît important que la rémunération, que les travailleurs reçoivent, témoigne de la considération que nous avons de leur travail. Nous sommes bien au cœur de ce changement de paradigme : d'un travail occupationnel dédommagé par un pécule, à un travail reconnu par des droits équivalents à ceux du milieu ordinaire.

3.4.7 Renforcer l'expression et la participation des travailleurs

Associer et faire participer les travailleurs aux choix les concernant dans l'organisation de la vie du CAT est essentiel pour les considérer comme partenaires. Ainsi je souhaite que l'accompagnement du CAT ne soit pas un « faire pour », mais un « faire avec ».

La communication : Considérer les travailleurs comme des partenaires, c'est les tenir informés. Tous les lundis matin, nous réunissons l'ensemble des travailleurs pour une réunion d'information : nous accueillons les nouveaux stagiaires et ceux qui rentrent de congés, nous donnons des nouvelles des personnes malades, nous présentons le programme de soutien et les événements de la semaine, chaque atelier présente les réalisations de la semaine passée en soulignant les réussites et les objectifs particuliers de la semaine à venir. Les personnes qui ont accepté de changer d'atelier pour donner un coup de main sont remerciées. Toutes les questions concernant l'organisation de la semaine sont aussi les bienvenues.

Chaque année je leur communique les résultats de l'activité économique du CAT atelier par atelier. Je leur montre à travers des diagrammes en camembert⁹⁵, la part du chiffre d'affaires consacrée à leurs salaires, aux salaires du personnel d'encadrement complémentaire, aux investissements en matériel, à la formation, ou à la vie sociale. Ils sont fiers de comprendre comment est utilisé le fruit de leur travail.

La représentation et l'expression des travailleurs : En plus de leur représentation au conseil d'établissement, j'ai proposé aux délégués des travailleurs de prendre en compte les remarques et suggestions de leurs collègues sur le fonctionnement du CAT. Pour cela des réunions sont organisées mensuellement : alternativement, des réunions par atelier et, le mois suivant, une réunion avec l'ensemble des travailleurs.

- Dans les réunions par atelier, les délégués recueillent les questions et suggestions sur l'organisation du travail et les communiquent aux moniteurs de l'atelier concerné. Après en avoir débattu avec la chef de service, ceux-ci proposent des réponses et des solutions aux travailleurs de leur atelier. Ils consignent par écrit celles qui ont été retenues et qu'ils

⁹⁵ Se reporter à l'annexe 2.

s'engagent à mettre en oeuvre. J'ai ainsi voulu directement impliquer les moniteurs dans l'écoute des demandes formulées par les travailleurs.

- Dans la réunion avec l'ensemble des travailleurs sont abordées les questions concernant l'organisation globale du CAT. Après avoir examiné avec la chef de service les réponses que nous pouvons envisager, je rencontre les délégués pour débattre des réponses et des solutions possibles et nous consignons par écrit celles qui ont été retenues.

Dans les réunions avec les travailleurs, les délégués sont aidés par l'animatrice de formation qui assure un rôle de modérateur.

Le conseil de la vie sociale : Aujourd'hui le décret d'application du conseil de la vie sociale, prévu par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale, n'est pas encore paru. Le projet de décret, dont j'ai pu avoir connaissance, prévoit pour les CAT des possibilités plus diversifiées que les conseils d'établissement et proches des lieux d'expression que nous avons déjà mis en place. En attendant, le conseil d'établissement que j'ai mis en place conformément au décret n° 91-1415⁹⁶ continue à se réunir deux fois par an.

Dans la gestion du conseil d'établissement telle que nous l'avons pratiquée, je suis confronté à d'importantes questions liées à l'hétérogénéité de la population. En effet les représentants des familles sont exclusivement des parents de personnes trisomiques qui parlent dans les réunions « des enfants » devant les représentants des travailleurs qui, pour certains, sont mariés et ont, eux-mêmes, des enfants. Les questions des parents qui ne semblent pas toujours respecter la dignité de leur travail, choquent les représentants des travailleurs. Comment à la fois répondre aux inquiétudes de ces parents, qui n'ont pas encore pris toute la mesure de l'autonomie que leurs enfants sont en train d'acquérir par leur travail au CAT, et donner plus de place dans ces conseils aux représentants des travailleurs ? En effet, le fait d'avoir mis en place des réunions mensuelles d'expression des travailleurs a modifié l'objet du conseil d'établissement qui est davantage un espace tourné vers l'information et les questions des familles. Je vais répondre dans l'immédiat à ces questions en associant le vice-président, qui est un représentant des travailleurs, à la préparation de l'ordre du jour avec le président, qui est représentant des familles, pour veiller à intégrer les questions des délégués des travailleurs avec les questions des familles. J'ai l'intention aussi de rappeler aux parents la nature du CAT, lieu de travail pour personnes adultes.

J'ai l'intention par ailleurs de susciter une réflexion, au niveau de notre association, sur une évolution de ces espaces de représentation dans les CAT en conformité avec les décrets

⁹⁶ Décret 91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissements des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 3 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975.

d'application, peut être en dissociant ces espaces, avec des réunions d'informations des familles et des lieux d'expression propres aux travailleurs. J'envisage avec l'accord du directeur général d'introduire des représentants des associations de famille, voire des tuteurs, ou des frères et sœurs, pour décentrer les questions débattues dans ces conseils de la seule préoccupation de parents souvent polarisée sur la problématique de leur propre enfant. Ceci permettrait de bénéficier d'un questionnement extérieur diversifié et plus pertinent.

L'absence de représentation des familles des personnes malades mentales au conseil d'établissement doit aussi nous interroger : les conséquences de la maladie mentale dans la vie de l'entourage sont peut-être déjà si lourdes que les familles ne peuvent se mobiliser pour une mission de représentation au CAT. Là encore la présence d'un représentant de l'UNAFAM par exemple serait probablement plus conforme à l'esprit d'un conseil de la vie sociale.

La gestion du budget vie sociale : Un peu à l'instar du comité d'entreprise dans le milieu ordinaire de travail, qui gère les œuvres sociales, j'ai proposé que l'utilisation du budget de la vie sociale, en dehors des actions de soutien, soit gérée par les délégués des travailleurs. Ils peuvent ainsi décider des choix de sorties, des investissements de détente et d'aménagement de la vie au CAT.

Le bar autogéré : Plutôt que d'installer un distributeur de boissons pour les pauses, j'ai proposé la mise en place d'un bar autogéré. Cette solution moins impersonnelle associe les travailleurs à la vie du CAT et encourage les relations mutuelles.

3.4.8 Utiliser les outils modernes de communication

Dans les actions de soutien, j'ai impulsé des actions d'initiation à l'informatique. Je considère que l'intégration sociale des personnes handicapées passe aussi par la possibilité d'avoir accès aux moyens modernes de communication. Lors de nos dernières portes ouvertes nous avons monté des diaporamas des activités des ateliers avec des images numériques. Les travailleurs ont été fiers de se voir sur ces diaporamas en situation de travail et d'être vus ainsi par leur famille. Ce moyen moderne a beaucoup valorisé l'aspect très professionnel de nos activités. J'envisage prochainement de mettre sur Internet la présentation des services et des ateliers du CAT. Les travailleurs pourront ainsi montrer leur travail à leurs proches.

3.4.9 La question de l'hétérogénéité des handicaps relativisée

En conclusion de ce chapitre sur la valorisation du travail au CAT, je souhaite reprendre la question de l'hétérogénéité des handicaps : l'accueil du handicap psychique avec le

handicap mental, est-il possible, est-il une chance ? La spécificité de l'accueil des personnes en situation de handicap psychique doit-elle conduire à un accueil exclusif de cette population ? Faut-il faire attention à respecter certains quotas pour ne pas remettre en cause la vocation de l'établissement ? Toutes ces questions que nous avons évoquées en première partie peuvent maintenant être éclairées par le projet de travail tel que je viens de le décrire.

Je pense que la culture d'ouverture sur l'extérieur, le rôle du travail qui justifie notre « être ensemble » au CAT, décentre la question du handicap : la nécessaire collaboration dans le travail de chacun, quel que soit son handicap, oblige à dépasser les différences et relativise les questions sur l'hétérogénéité des handicaps.

Cependant je ne dis pas que la confrontation avec la déficience mentale n'est pas un obstacle pour les personnes souffrant de troubles psychiques pour rejoindre le CAT. De fait le niveau de qualification très bas⁹⁷ de la population du CAT tend à montrer que les personnes avec un bagage intellectuel n'ont peut-être pas été enclines à rejoindre le CAT MOSAÏC.

Nous avons choisi d'accueillir sans restriction cette population et de laisser, à travers le stage de pré-admission, la personne candidate évaluer par elle-même et choisir ou non de s'engager à travailler au CAT.

Quand j'interroge les moniteurs sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans l'accompagnement de handicaps si diversifiés, ils reconnaissent que cela leur demande un effort permanent pour s'adapter à chacun. Ils n'expliqueront pas le travail de la même manière à une personne qui a des capacités intellectuelles et à une personne avec une déficience mentale avec laquelle ils prendront soin de bien décomposer les tâches. En cela la diversité des handicaps est bénéfique car elle oblige à regarder chacun avec ses besoins sans adopter d'attitudes stéréotypées de spécialistes.

La présence des personnes trisomiques, par leurs relations spontanées et affectueuses, apporte dans la vie au CAT un peu de gaîté et de simplicité qui contrebalance la morosité et la réserve des personnes handicapées psychiques.

A l'inverse, la présence des ces dernières, qui ont parfois déjà eu une expérience de travail en milieu ordinaire, nous invite à être exigeants pour s'approcher autant que possible des normes du monde du travail. Elles nous invitent à nous remettre en question sur l'application de leurs droits : droit au respect de leur autonomie d'adulte, comme nous l'avons vu pour le

⁹⁷ Se reporter au paragraphe 1.1.3.5.

conseil de la vie sociale, droit à la reconnaissance de leur travail par une rémunération décente.

Je partage les recommandations du rapport Roelandt qui considère que « la mixité des clientèles pour ne pas reproduire des filières type par pathologie et handicap »⁹⁸ est plus favorable à l'exercice de la citoyenneté.

3.5 A propos des moyens

3.5.1 Un besoin de personnel médical et paramédical

L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique nécessite un travail d'équipe pluridisciplinaire dans lequel l'appui d'un médecin psychiatre et d'un psychologue au CAT est fondamental. Le rapport Charzat, dans ses recommandations, confirme cette nécessité : « En articulation avec le plan santé mentale, des solutions devront être trouvées pour une participation suffisante de psychiatres dans les institutions médico-sociales, confrontées actuellement à des manques préoccupants »⁹⁹

Le coût de ce personnel médical et paramédical (cinq heures par semaine du médecin psychiatre et un mi-temps de psychologue) a été reconnu dans le projet accepté par le CROSS, et financé jusqu'à aujourd'hui par la DDASS, l'autorité de contrôle du CAT. Le coût financier de ce personnel représente 5% du budget de dotation global et augmente de 0.1ETP (Equivalent Temps Plein) le taux d'encadrement. Il représente 80% de l'écart du coût à la place du CAT par rapport au coût moyen de la région parisienne.

Malgré ce surcoût, je défends, auprès des autorités de contrôle, ce besoin en personnel pour accueillir cette population. J'espère que ce besoin continuera à être financé, bien que la gestion aujourd'hui soit plus orientée vers l'homogénéisation des coûts à la place en freinant l'évolution des dotations supérieures à la moyenne.

Cette uniformisation de la gestion des moyens alloués paraît en contradiction avec le courant actuel qui prône un droit à compensation. Des associations de familles d'utilisateurs comme l'UNAFAM défendent que le droit à compensation, pour les personnes handicapées psychiques, puisse être un droit à un accompagnement spécifique par du personnel qualifié. Pour le handicap psychique, attribuer des moyens en fonction du handicap à compenser est complexe à cause de la variabilité dans le temps des besoins d'accompagnement,

⁹⁸ ROELANDT J-L. *Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport au ministre délégué à la santé, avril 2002 p. 56.

⁹⁹ CHARZAT M. *Rapport à Mme Ségolène Royal Ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées*. mars 2002, p. 57.

contrairement aux handicaps physiques ou ceux liés à la déficience mentale dont les besoins sont plus prévisibles.

3.5.2 La reconnaissance des temps partiels et de l'absentéisme

Des possibilités d'accueil à temps partiel en CAT sont nécessaires pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique. Ce besoin a été reconnu dans le schéma départemental adultes handicapés « Pour les personnes en difficulté de maintien en CAT, des formules de travail à temps partiel devront être développées dans le cadre d'une prise en charge individualisée ... »¹⁰⁰. Au CAT, neuf travailleurs (soit 13%) bénéficient, sur avis médical, de temps partiel à 4/5 de temps et trois (soit 4%) à mi-temps. Ceci représente une baisse du taux de présence de l'établissement de 5%.

L'absentéisme de cette population est fréquent et quelquefois pour des périodes importantes (le taux d'absentéisme au CAT se situe entre 5 et 10%). Il oblige à des suivis renforcés avec les correspondants extérieurs au CAT.

Le financement par dotation globale nous permet de répondre à la mission d'accueil de cette population sans être pénalisé sur les moyens. Je défends auprès des autorités de contrôle qu'accompagner une personne à temps partiel ou fréquemment absente exige au moins autant de travail. De ce fait, un taux de présence autour de 90% ne doit pas être considéré comme insuffisant. Je pense qu'il ne faut pas demander aux CAT de compenser la faiblesse du taux de présence par un sureffectif. La mission doit s'évaluer au nombre de personnes accompagnées et non pas en fonction du taux de présence, au risque de pénaliser l'accueil des personnes handicapées psychiques.

3.6 Une démarche pragmatique de recherche et d'innovation, dans l'esprit de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale

Améliorer l'accueil en CAT est semblable à un processus permanent d'amélioration de la qualité. Il est possible d'en dégager par analogie les étapes que j'envisage pour parvenir à cet objectif.

- Analyser,
- Explorer et tester des solutions,
- Évaluer,

¹⁰⁰ Schéma départemental des adultes handicapés 2000-2005 de l'Essonne, mars 2000, Axe de l'insertion professionnelle p.14.

- Apprendre de l'expérience pour corriger et aller plus loin.

3.6.1 Analyser

Cette phase d'analyse des problématiques a été commencée avec l'élaboration de ce mémoire, je souhaite la poursuivre en allant rencontrer des acteurs qui ont tenté d'apporter des réponses à ces questions. Je suis convaincu de l'importance de partager nos expériences afin de nous enrichir et de mettre en œuvre les pratiques que j'aurai jugées pertinentes et appropriées aux situations que je gère.

Pour cela, je souhaite continuer à participer au conseil intersectoriel qui est un lieu d'analyse des besoins et des réponses à faire remonter au niveau de l'élaboration du schéma départemental. Je trouve que ce conseil qui réunit l'ensemble des professionnels autour de l'accompagnement des personnes malades mentales, est un lieu privilégié pour construire des liens de partenariat et stimulant par la présence des associations d'usagers.

Dans cet esprit, j'ai aussi participé cette année au groupe de travail « prises en charges diversifiées et intégration » chargé de faire des propositions concrètes sur deux des priorités relevées par le schéma départemental, et en particulier sur les moyens de « favoriser l'intégration et l'insertion professionnelle des adultes handicapés » dans le cadre de l'association CHEMA91 qui regroupe des représentants mandatés de l'ensemble des associations qui œuvrent en Essonne. Cette association s'est créée à la demande du Conseil général qui souhaitait un interlocuteur unique des associations avec comme objectif de faire des propositions concrètes pour la mise en œuvre des orientations du schéma départemental. Ce lieu me permet d'apporter ma contribution et de confronter des idées, des analyses, de prendre en compte les contreparties de certaines solutions.

J'ai accepté de siéger l'année prochaine à la COTOREP comme représentant du secteur de travail protégé. Cette délégation me stimulera à rechercher, auprès de mes collègues directeurs, les analyses sur l'évolution des besoins des populations orientées en CAT ou en atelier protégé.

De plus ces lieux sont privilégiés pour rencontrer des partenaires actifs et s'inscrire dans des réseaux.

3.6.2 Explorer et tester des solutions

Des candidats ont déjà bénéficié des formules d'essais que j'ai initiées, parmi l'éventail évoqué au chapitre 3.2.1, qui leur ont permis de construire une transition adaptée pour entrer au CAT. Certaines personnes semblaient au départ encore éloignées d'un projet de travail. Cette souplesse semble bien répondre aux besoins et permet aux assistantes sociales de secteur de proposer, si besoin, des expériences de travail au CAT, pour « essayer ».

La mise en place de conventions, que je souhaite développer avec le secteur sanitaire, permet d'être plus cohérent dans l'accompagnement conjoint de la personne mais aussi construit très concrètement ce partenariat et lui donne tout son sens.

Enfin je cherche à développer des synergies avec les ateliers thérapeutiques pour créer les conditions d'une transition coordonnée vers la reprise d'un travail.

Ces initiatives dans lesquelles j'ai engagé le CAT ne sont encore qu'ébauchées. Comme le souligne L.Fraisse « Le travail réseau est un processus d'essais et d'erreurs. »¹⁰¹ : c'est dans le travail avec nos partenaires que nous allons affiner, corriger et retenir les bonnes pratiques réalisables et généralisables.

3.6.3 Évaluer

La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a inscrit dans le CASF l'obligation faite aux établissements et services de « procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou...élaborées ...par un conseil de l'évaluation sociale et médico-sociale ».

Même si, aujourd'hui, ces procédures, références et recommandations de bonnes pratiques ne sont pas établies, l'esprit de la loi nous invite à réfléchir sur l'évaluation de notre action pour l'amélioration de l'accueil des personnes handicapées psychiques. L'amélioration de cet accueil est-il quantifiable particulièrement avec les personnes psychiques dont l'équilibre est souvent soumis aux aléas de la maladie mentale et aux conditions de leur environnement qui nous échappent ? Si cette évaluation des résultats directs paraît difficile, je vais cependant tenter de mesurer les actions mises en place et d'interroger le ressenti des professionnels sur le sens de leur action.

Pour mesurer l'évolution des liens de partenariat, je retiens comme indicateurs:

- le nombre de rencontres de synthèse réalisées avec un référent sanitaire,
- le nombre de conventions avec le secteur sanitaire établies autour des projets des personnes,
- l'évolution du nombre de secteurs avec lesquels ces partenariats se mettent en place.

¹⁰¹ HAERINGER J., TRAVERSAZ F. /ed. *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2002, Chapitre 4. FRAISSE L. S'organiser en réseau : une mutation de l'espace public associatif p. 128.

Pour mesurer la souplesse de notre accueil :

- le nombre de formules individualisées offertes,
- le nombre d'étapes mises en place pour construire la transition d'un retour à une activité professionnelle en CAT.

Pour mesurer la qualité du partenariat, on pourrait interroger les professionnels sur la qualité ressentie des accompagnements ainsi construits en partenariat. Il est certain que pour moi cette information est la plus éclairante. Les professionnels qui retrouvent un sentiment de mieux travailler, est sûrement le signe que nous avons gagné en humanité et que notre action va dans le bon sens, avec du sens.

3.6.4 Apprendre de l'expérience pour aller plus loin

Après quatre ans d'ouverture nous allons mettre en chantier la rénovation du projet d'établissement qui se prolongera en 2003 - conformément aux exigences¹⁰² de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Je souhaite utiliser la dynamique autour de la rénovation du projet du CAT MOSAÏC pour apprendre de notre expérience, voir ce qui peut être retenu, ce que je dois faire évoluer, et formaliser ce qui, aujourd'hui, n'est encore qu'une tentative d'innovation du processus d'admission et de construction de partenariat avec le secteur sanitaire.

Dans un processus d'amélioration, tirer les leçons de l'expérience permet de s'ajuster et de s'adapter aux évolutions des besoins.

¹⁰² Article 311-8 du CASF : « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social , il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans ... »

CONCLUSION

La réinsertion sociale des malades mentaux stabilisés par des traitements est au cœur des préoccupations des politiques de santé mentale d'aujourd'hui. Le travail n'est pas nécessairement la préoccupation première de ces personnes quand elles sortent de la phase de soin en hôpital, mais reste néanmoins un moyen privilégié d'intégration sociale. Ainsi les CAT sont de plus en plus convoqués à participer à leur réinsertion professionnelle.

La souplesse de l'accompagnement entre différents modes de prise en charge, la capacité d'adaptation aux évolutions des besoins et la gestion en partenariat des situations complexes sont nécessaires à la mise en oeuvre de l'action sociale d'aujourd'hui.

L'évolution des politiques sociales demande aujourd'hui aux organisations de s'adapter aux évolutions rapides des besoins, des environnements, de diversifier les offres, de reconnaître le droit et la place de l'usager, d'individualiser les réponses. La prise en compte des besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique pour qui le retour à une activité professionnelle doit être proposé par étapes en respectant les rythmes de la personne m'a conduit à élargir et assouplir les modes d'accueil du CAT que je dirige. Le parcours d'admission n'est pas vérification de l'adéquation de la personne à l'institution mais constitutif de la construction de son projet de vie.

Reprendre une activité professionnelle en CAT représente pour ces personnes une étape souvent difficile à franchir qui leur demande de quitter le statut sécurisant de malade. Pour accompagner cette transition qui peut nécessiter des allers-retours avec l'hôpital, je me suis engagé dans un travail de partenariat avec les secteurs psychiatriques voisins du CAT pour coordonner les prises en charge dans le cadre d'un projet global.

Le travail de partenariat en réseau, une source d'inspiration pour nos organisations

Les modèles d'organisation basés sur les procédures et la réglementation ou sur la conduite d'un leader charismatique ne sont plus opérants pour assurer la réactivité nécessaire à la complexification des besoins. J'ai montré comment je trouve, dans les valeurs et les dynamiques propres au travail en partenariat, des logiques d'acteurs et des analogies intéressantes pour inspirer la manière dont je souhaite diriger l'équipe pluridisciplinaire du CAT. La confiance et la reconnaissance mutuelle de chacun dans son rôle, fondement du

travail en partenariat, permet la mobilisation et la participation créatrice de chaque acteur, dans une logique de projet.

Le passage d'un « modèle protecteur » à un « modèle promoteur »

Ces termes empruntés à François Bauduret et Marcel Jaeger¹⁰³ quand ils caractérisent le tournant consacré par la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale expriment bien l'enjeu du projet, objet de ce mémoire. Grâce à la culture d'ouverture sur notre environnement et la valorisation du travail que je développe au CAT, je pense qu'il est possible, dans le cadre protecteur du milieu de travail protégé, de dépasser la stigmatisation de la reconnaissance de travailleur handicapé. La tension paradoxale entre la prise en compte du handicap et les exigences de qualité du secteur économique caractérise, pour moi, l'enjeu de la mission des CAT. A travers la gestion de cette tension que je considère salutaire, nous passons d'une vision occupationnelle du travail à un travail facteur de participation sociale.

Ce changement de paradigme est au cœur du rôle paradoxal du travail social. Il doit mettre en œuvre les dispositifs et les mesures d'aide aux personnes, dans une logique d'assistance, sans oublier que sa fonction ultime est de restaurer les identités et les liens sociaux défailants. C'est ce double rôle que Michel Autès¹⁰⁴ conjure de ne pas séparer, où l'assistance doit se conjuguer avec un projet de promotion et d'émancipation des individus.

Pour aller plus loin...

Le CAT a commencé à créer des liens de partenariat avec le secteur sanitaire mais je ne considère pas qu'un véritable travail de réseau se soit encore mis en place. En effet j'ai choisi d'explorer ce qu'il est possible de faire dans le cadre des dispositifs existants. Le partenariat que nous développons pour coordonner les prises en charge autour de l'unité du sujet est basé sur la bonne volonté de chaque partenaire, sur l'éthique que chacun a de sa mission. Comme avec d'autres partenaires, services d'hébergement, EPSR, Club de prévention, SEGPA, IMPRO, celui qui assure le rôle de coordinateur autour de la personne est généralement celui qui a eu le premier contact avec la personne ou qui a la possibilité de mettre en place un projet sur le long terme. Ces liens de partenariat ne sont pas formalisés.

¹⁰³ BAUDURET F, JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale : la loi du 2 janvier 2002*. Paris : Dunod, 2002, 320 p.

¹⁰⁴ AUTÈS M. *Les paradoxes du travail social*. Paris : Dunod, 1999. p.138.

Le réseau se construit à la fois par ces relations informelles développées pour la coordination des prises en charge, mais aussi par la réflexion sur les besoins, sur les solutions nouvelles qui pourraient être expérimentées. Je trouve aujourd'hui ces espaces de réflexion et d'élaboration au sein du conseil intersectoriel de l'hôpital d'Orsay et dans le groupe de travail CHEMA91. Je souhaite développer aussi avec mes collègues directeurs de CAT, mobilisés par l'accueil des personnes handicapées psychiques, des espaces d'échanges sur nos pratiques et nos difficultés.

Je pense que c'est dans ce double mouvement, à la fois très concrètement dans l'accompagnement des personnes et dans la réflexion, l'élaboration de projets, les tentatives de formalisation, que le réseau se construit et trouve sa raison d'être.

Je souhaiterais terminer par une réflexion que m'inspire ce mémoire : l'évolution de l'homme au cours de sa vie, qui me semble être un chemin d'individualisation, ne pourrait-elle se faire que si, par ailleurs, des individualités choisissent de construire une cohésion de groupe ? C'est une autre façon de dire que l'individualisation des accompagnements ne pourra se faire que dans le cadre d'un travail en réseau.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages classés par ordre alphabétique de nom d'auteur

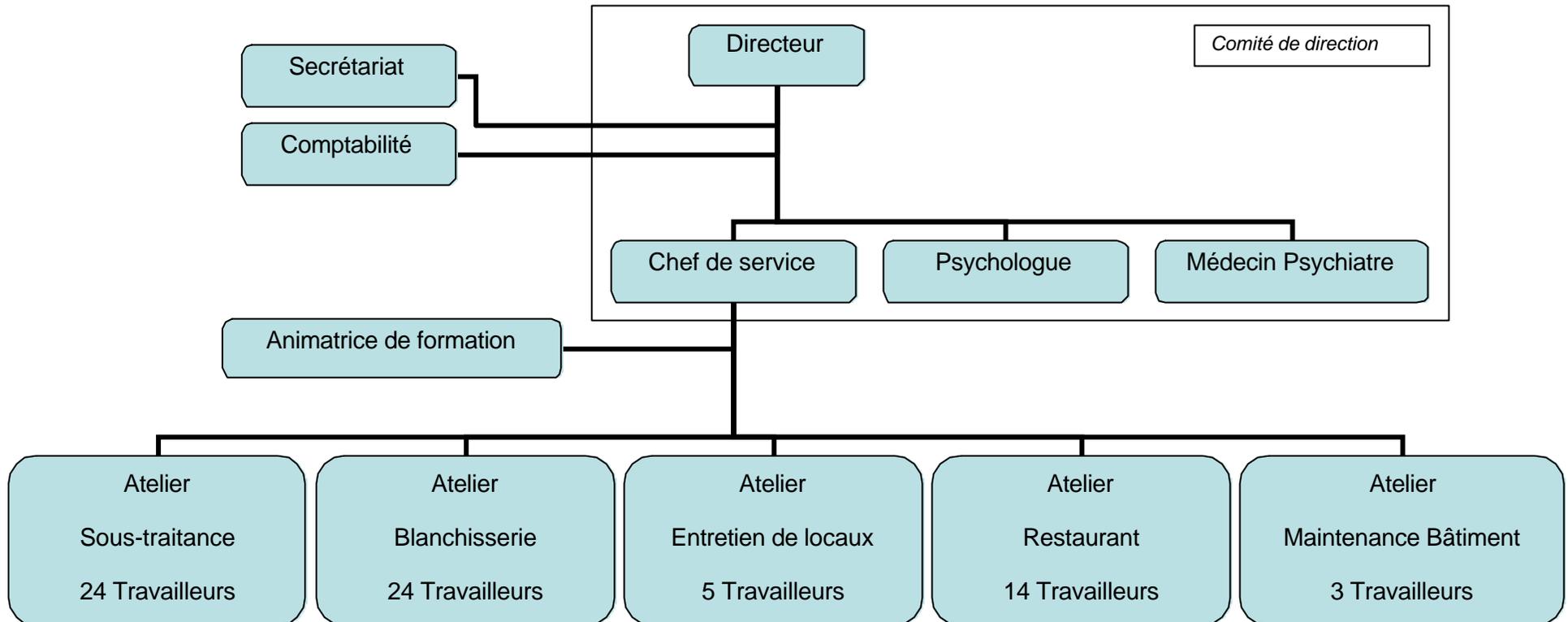
- AUTÈS M. *Les paradoxes du travail social*, Paris : Dunod, 1999. 313 p.
- CHARZAT M. Rapport à Mme Ségolène Royal Ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées, mars 2002, 134 p.
- CTNERHI – INSERM. *Classification Internationale des Handicaps*. Evry : PUF, 1988, 203 p.
- D'HEILLY H., SORRIAUX J.Ph. *De l'insertion à l'autonomie : Quelle réalité pour les malades mentaux*. Paris : ERES, 1995, 176 p.
- HAERINGER J., TRAVERSAZ F. /ed. *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2002, Chapitre 4. FRAISSE L. S'organiser en réseau : une mutation de l'espace public associatif, pp. 117-134.
- ESCAFFRE J-P. Réseaux sociaux et prises en charge hospitalière. *Cahiers de l'Ecole Nationale de la Santé publique*, 1988, n°2
- JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris : Dunod, 2000, 170 p.
- BAUDURET F., JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale : la loi du 2 janvier 2002*. Paris : Dunod, 2002, 320 p.
- LAFORCADE M. « Quelle articulation entre sanitaire et social ? » *Les cahiers de l'Actif*, septembre-octobre 2001, N° 304/305, pp.59-65
- PIERRE J.M. Travail, handicap et précarité. *Handicap revue des sciences humaines et sociales*, janvier-mars 2001, n°89, pp. 1-22
- PLAN SANTE MENTALE : « *L'usager au centre d'un dispositif à rénover* », Ministère de la Santé, novembre 2001.
- ROELANDT J-L. *Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport au ministre délégué à la santé, avril 2002, 60 p.
- LEFEVRE P. *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 1999, 305 p.
- SAINSAULIEU R. *Sociologie de l'entreprise*. Mayenne : Dalloz, 1997, 427 p.
- SANTÉ MENTALE FRANCE. *Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris : Éditions de Santé, 2001, 65 p.
- Schéma départemental des adultes handicapés 2000-2005 de l'Essonne (et Annexes), 24 p., avril 2000
- CHAPIREAU F. Les débats et enjeux de la révision de la classification internationale des handicaps. *Handicap et inadaptations les cahiers du CTNRHI*, juillet-décembre 1998 n°79-80 pp. 67-84

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Organigramme du CAT MOSAÏC

Annexe 2 : Répartition du chiffre d'affaire 2001 (hors achat) du budget annexe de production et de commercialisation,

ANNEXE 1 : ORGANIGRAMME DU CAT MOSAÏC



ANNEXE 2: Répartition du chiffre d'affaire (hors achat)
du budget annexe de production et de commercialisation

