



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**CAFDES – 2003**

*IRTS – PACA et Corse (Marseille)*

**Option : Personnes adultes handicapées**

---

**UN CAT ISSU DE PSYCHIATRIE :**  
**Passer d'une logique sanitaire à une**  
**Stratégie d'Insertion Socio Professionnelle**

---

**Louis-Michel SAINT-JEAN**

---

# Sommaire

---

**INTRODUCTION :** ..... page 4

## **Première partie :**

Le Travail Protégé en Europe et en France : Textes études, et dispositifs.

<b>I - EN EUROPE LA PRATIQUE DU TRAVAIL PROTEGE.....</b>	<b>page 8</b>
<b>II - EN FRANCE, L' EMPLOI ET LE CHOMAGE DES PERSONNES HANDICAPEES</b> .....	<b>page 13</b>
<b>II - 1 LA PARTICULARITE FRANÇAISE DU TRAVAIL PROTEGE.....</b>	<b>page 14</b>
<b>III - LE CAT, LIEU D' INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE ....</b>	<b>page 16</b>
<b>III - 1 UNE ETHIQUE EN CAT AU SERVICE DE L'INSERTION DU TRAVAILLEUR</b>	<b>page 22</b>
<b>III – 2 L'ENTREPRISE ET L'ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL CAT</b>	<b>page 26</b>
<b>III – 3 UNE LOGIQUE RESSEMBLANT A CELLE D'UNE ENTREPRISE AU SERVICE</b> PUBLIC PARTICULIER .....	<b>page 28</b>
<b>III – 4 LES TRAVAILLEURS DU CAT</b> .....	<b>page 30</b>
<b>CONCLUSION PARTIELLE</b> .....	<b>page 32</b>

## **Deuxième partie :**

Au cœur de l'hôpital, l'émergence d'une logique médico-sociale

<b>I - PASSAGE D' UNE LOGIQUE DE SOINS A UNE LOGIQUE MEDICO-SOCIALE</b> .....	<b>page 35</b>
<b>I – 1 HISTOIRE ET PRESENTATION DE L'HOPITAL DE MONTFAVET.....</b>	<b>page 38</b>
<b>I – 2 LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT</b> .....	<b>page 40</b>
<b>II - PROCESSUS D' ELABORATION D' UN CAT DANS UN HOPITAL</b> PSYCHIATRIQUE : UN CADRE DE REFERENCE THEORIQUE ET DOCUMENTAIRE .....	<b>page 41</b>
<b>II – 1 LE SCHEMA DE WOOD : UN MODELE DYNAMIQUE</b> .....	<b>page 41</b>
<b>II – 2 RAPPORT DE LA MISSION D'APPUI SUR LES CENTRES D'AIDES PAR LE TRAVAIL</b> .....	<b>page 43</b>
<b>II – 3 RAPPORT SUR L'EVOLUTION DES SOINS EN PSYCHIATRIE ET DE LA REINSERTION</b>	

DES MALADES MENTAUX .....	page 44
II – 4 ENQUETES ET ETUDES REALISEES EN INTERNE POUR EVALUATION DES BESOINS .....	page 46
II – 5 ARTICULE AVEC UNE DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE :	
CREATION D'UN GROUPE DE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE .....	page 49
<b>III - UN CAT DANS L' HOPITAL DE MONTFAVET :</b> .....	page 51
III – 1 LA PRISE EN COMPTE DE LA MALADIE MENTALE PAR LE CAT .....	page 55
III – 2 DU TRAVAIL DE SYNTHESE AU PROJET D'ETABLISSEMENT DU CAT ....	page 57
III – 3 LES FUTURS TRAVAILLEURS DU CAT .....	page 58
<b>CONCLUSION PARTIELLE</b> .....	page 59

### Troisième partie :

Construire un projet de Direction de CAT, centré sur une stratégie d'insertion socioprofessionnelle du Travailleur Handicapé.

<b>I - OUVERTURE DU CAT « L'EPI »</b> .....	page 61
I – 1 DANS L'HOPITAL UNE ORGANISATION HETEROCLITE DU CAT.....	page 63
I – 2 UNE MONTEE EN CHARGE TRES FRAGMENTEE .....	page 64
I – 3 LE PERSONNEL DU CAT .....	page 67
I – 4 LES PERSONNES ACCUEILLIES PAR LE CAT .....	page 69
I – 5 LES BUDGETS DU CAT .....	page
70	
<b>II – La Stratégie du Directeur pour consolider la structure</b> .....	page 72
II – 1 Stratégie en Interne : Mise en place d'un dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles .....	page 72
II – 2 Créer une dynamique autour du projet individualisé, de la notion de cursus professionnel et de référent .....	page 74
II – 3 Stratégie à l'externe .....	page 77
II – 4 Maintenir la mobilisation des personnels .....	page 78
II – 5 La valorisation et l'adaptation des compétences : du personnel et des travailleurs handicapés .....	page 80
<b>Conclusion générale</b> .....	page 82
Bibliographie .....	page 83
Mots clés .....	page 86
Liste des annexes .....	page 87

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH :	Allocation Adultes Handicapés
AGEFIP :	Association Nationale de Gestion de Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés
AP :	Atelier Protégé
BAPC :	Budget Annexe de Production Commerciale
CAF :	Caisse d'Allocations Familiales
CAP :	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CAT :	Centre d'Aide par le Travail
CDD :	Contrat à durée Déterminée
CDES :	Commission Départementale d'Education Spéciale
CDTD :	Centre de Distribution de Travail à Domicile
COTOREP :	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CROSS :	Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP :	Direction départementale et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
ETP :	Equivalent Temps Plein
FH :	Foyer d'Hébergement
FNARS :	Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion
FO :	Foyer Occupationnel
HID :	Handicap –Invalidité- Dépendance
IME :	Institut Médico Educatif
INSEE :	Institut National des Statistiques et d'Enquêtes
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RTT :	Réduction du Temps de Travail
SACI :	Société Anonyme de Crédit Immobilier
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SEGPA :	Section d'Enseignement Général Professionnel Adapté
SMIC :	Salaires Minimum Interprofessionnel de Croissance

## Introduction

Dans son livre, qui traite du travail protégé en France et en Europe, Gérard ZRIBI pose une approche pertinente de l'avenir des Centres d'Aide par le Travail, qui rejoint mes questionnements, tels que :

«...la crise de l'emploi qui met à l'écart de la vie professionnelle une proportion importante de la population, questionne avec insistance les CAT, sur leur identité (entreprise adaptée ou structure d'action sociale ?) et sur leur légitimité même : pourquoi créer des solutions à caractère professionnel pour des personnes handicapées alors que de nombreuses personnes valides sont dépourvues d'emploi ? » (1).

Sur ce dernier point, directeur d'un Centre d'aide par le travail, je reste convaincu que bien qu'il soit difficile de généraliser la place que peut tenir une activité professionnelle dans la vie de chaque personne handicapée, comme pour chacun d'entre nous, il est possible de repérer quelques lignes de force quant à la spécificité du travail pour les travailleurs handicapés quelque soit le type de handicap.

Si le travail n'est pas une fin en soi, il constitue un excellent moyen :

- de donner ou redonner un rôle à la parole qui potentialise la relation à l'autre.
- de reconnaissance et d'utilité sociale pour la personne.
- de création de relations sociales qui structurent la vie au quotidien.
- d'autonomisation et d'évolution vers une certaine indépendance par les ressources financières qu'il procure.
- il permet de limiter l'apragmatisme de la personne handicapée, c'est à dire : l'incapacité à décider et à agir, pouvant entraîner l'inactivité et le confinement chez elle, son enfermement dans le délire, la dépression, les troubles de la communication qui aboutissent généralement à l'isolement plus ou moins total de la personne.

---

(1) Gérard ZRIBI, l'Avenir du travail protégé, Centre d'aide par le travail et intégration- Editions ENSP – 1998 – Page 9

De plus il me semble que l'insertion socio-économique des travailleurs handicapés s'inscrit dans le rapport entre l'économie affective et l'économie marchande « c'est parce que la progression technique des travailleurs est en lien avec les phénomènes d'identification au moniteur d'atelier (valeur d'exemple) et parce que les interactions avec les autres travailleurs (associations, compétitions) génèrent un esprit de compétitivité, d'équipe, d'entraide, voire d'amitié, que cela permet une certaine productivité » (2). Le travail reste un véritable outil de réinsertion de la personne handicapée.

J'ajoute que le travail reste un moyen de défense contre l'angoisse et la souffrance. C'est une forme de conduite vitale d'attachement à la réalité et c'est grâce à lui que se crée un processus d'intégration sociale qui fonctionne d'une manière qui s'apparente à l'identification. De plus, le travail ouvre l'accès à l'autonomie. Il oblige à l'organisation pour éviter le déplaisir de l'échec. Il assure le développement de la pensée et de la prise de risques. Il médiatise la fonction de la parole dans l'échange à l'autre.

Les exigences de rendre un produit fini jugé par un tiers, donnent du sens au travail et aboutissent à une valorisation de la compétence et du savoir faire du travailleur handicapé par le fait que le produit terminé ressemble à celui d'un travailleur exempt de handicap.

« Ce n'est ni le travail, ni son produit qui diffère, c'est la manière dont le travail est présenté et expliqué » (3).

Le salaire, expression symbolique et concrète du travail, permet le développement des rêves et la réalisation de projets de vie pour chaque travailleur handicapé comme pour chacun d'entre nous (loisirs, consommation diverse). Compensation de l'effort et du renoncement à ne rien faire, il aide et doit conforter le travailleur handicapé dans une position de citoyen à part entière. Ces dimensions prennent tout leur sens dans le processus d'accompagnement à proposer à des personnes handicapées par la maladie mentale. Seuls discutent l'utilité du travail, ceux qui n'ont pas connu l'humiliation d'en manquer.

---

(2) Alain BLANC, les handicapés au travail – pratiques sociales – DUNOD éditeur 1995 – page 190

(3) Ibid - pages 196 et 197

L'élaboration d'un mémoire est une occasion privilégiée pour entreprendre un travail dont le but sera double. Après avoir expliqué le processus qui a permis la création du CAT « l' EPI », en terme de mise en place et d'adaptation. Je proposerais à partir d'une réflexion prospective, les axes de développement du projet au regard de la réalité dans laquelle il s'inscrit ; à savoir : la réinsertion socioprofessionnelle de travailleurs handicapés, qui ont pour la plupart vécu ou subi une « chronicisation » dans un hôpital psychiatrique.

Dans la première partie du mémoire je développe un travail de recherche qui comprend trois parties. La première aborde une analyse du travail protégé en Europe. La seconde précise la situation des personnes handicapées vis à vis de l'emploi et du chômage, en France. La troisième définit les missions du travail protégé et plus précisément la vocation des CAT en France.

Dans la deuxième partie, après avoir évoqué succinctement mon parcours professionnel, nous examinerons le cheminement qui a permis l'émergence du champ social et médico-social dans un hôpital psychiatrique et en particulier la création d'un CAT depuis les études de faisabilité à son ouverture. Cette structure participe aux réponses récentes qui sont données par les hôpitaux dans le domaine de la prise en charge des personnes handicapées. En effet, le développement de modalités d'articulation, entre lieu de soins et lieu d'insertion par un établissement de santé, est innovant.

Dans la troisième partie, sera présentée la stratégie mise en place en terme de management du projet global. J'expliquerai les différents accords (internes externes) que j'ai mis en place pour consolider le projet d'établissement. Ce dernier prend en compte chaque travailleur handicapé, dans ses besoins et attentes d'insertion socioprofessionnelle, elle-même dynamisée par la « culture d'entreprise » que je développe au CAT « l' EPI ». Cependant, comme l'affirme Jean-René LOUBAT, « concernant le secteur social et médico-social, l'insertion sociale représente bien plus souvent une finalité qu'un service effectif » (4). Il convient de savoir rester modeste : le CAT « l' EPI » cherche en premier lieu à confirmer son rôle d'articulation entre le sanitaire et le médico-social au service de l'insertion socioprofessionnelle de la personne handicapée par la maladie mentale.

---

(4) Jean-René LOUBAT, Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, Paris, DUNOS 1997, p 91

## ***PREMIERE PARTIE***

### **LE TRAVAIL PROTEGE EN EUROPE ET EN FRANCE : TEXTES, ETUDES ET DISPOSITIFS**

## I - EN EUROPE, LA PRATIQUE DU TRAVAIL PROTEGE :

Créé le 5 mai 1949, le Conseil de l'Europe s'est fixé pour but de réaliser une union plus étroite entre les états, afin de sauvegarder et de promouvoir les idéaux et les principes qui sont leur patrimoine commun et de favoriser leurs progrès économiques et sociaux. La compétence statutaire de Conseil de l'Europe est extrêmement vaste.

Dans le domaine de la réadaptation, la coopération entre les états a été assurée par le Comité pour la réadaptation et le réemploi des invalides qui, en 1991, a pris la décision de s'intituler « comité pour la réadaptation des personnes handicapées » (5).

Afin de mieux analyser et recenser les systèmes existants d'emplois protégés pour les personnes handicapées, le Conseil de l'Europe a mis en place un comité d'experts.

Ce dernier a interprété son mandat en tenant compte de la recommandation n°R (92)6, relative à une politique cohérente pour la personne handicapée, adoptée le 9 avril 1992 par le Comité de Ministre des Conseils de l'Europe. Ce même comité d'experts s'est servi de l'étude de 1992 commanditée par la commission des communautés Européennes qui avait pour but d'étudier la situation de l'emploi protégé dans douze états, membres de la communauté Européenne. (6).

Dans cette recommandation, l'emploi protégé est considéré à la fois comme une phase de transition et une préparation au passage à l'emploi ordinaire et comme un moyen d'offrir aux personnes handicapées une activité épanouissante dans un milieu adapté et donc sécurisant.

---

(5) The transition from sheltered to ordinary employment – Le passage de l'emploi protégé à l'emploi ordinaire – Conseil de l'Europe page 18-Mars 1998

(6) E.SAMOY et L. WATERPLAS, l'emploi protégé dans la Communauté Européenne -Bruxelles 1992  
Louis-Michel SAINT-JEAN – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2003

Trois rapports complémentaires (7) connus témoignent de l'intérêt d'analyser les différents systèmes de travail protégé en Europe.

Une autre étude dit « rapport FARDEAU » (8) nous apporte une analyse comparative et prospective du système de prise en charge des personnes handicapées en France, dans les pays Européens et américains du nord.

L'ensemble de ces rapports met en lumière la complexité de la problématique de la prise en charge du handicap en Europe. A l'analyse de ces derniers, on peut retenir ce qui suit :

La lecture de ces différentes études et l'ensemble des propositions avancées pour une meilleure intégration de la personne handicapée dans le secteur du travail protégé et au delà dans le milieu ordinaire du travail, a renforcé ma conviction de développer dans le CAT « l'EPI » des actions socioprofessionnelles individuelles ou collectives, qui inscriront de plus en plus, à la fois, les travailleurs handicapés, et l'institution dans une culture proche du milieu ordinaire du travail. J'expliquerai le sens de ces actions dans la troisième partie de mon travail.

Le handicap en Europe revêt diverses formes : physique, sensorielle, mentale ou psychique ; on peut estimer qu'une personne sur dix dans la communauté européenne est affectée par l'une ou l'autre forme de handicap, ce qui représente environ 37 millions de personnes.

Même s'il y a eu des progrès sensibles au cours des dernières années, les problèmes demeurent et continuent à engendrer une sous participation des personnes handicapées à la société.

---

(7) 1<sup>er</sup> rapport : cahier de l'emploi et de la formation (22) – Les relations du travail en milieu protégé- Laurent VISIER – Département de l'emploi et de la fonction. Bureau International du travail à GENEVE – ISBN. 92.2.2111091.9- ISSN 1020- 5330 – première édition 1998.

2<sup>ème</sup> rapport : Conseil de l'Europe – l'emploi protégé dans cinq états membres du conseil de l'Europe – Autriche, Finlande, Norvège, Suède et Suisse. Erik SAMOY et Line WATERPLAS.

Edition du Conseil de l'Europe ISBN 92.8H 3324-7 1997

3<sup>ème</sup> rapport : Le passage de l'emploi protégé à l'emploi ordinaire – Conseil de l'Europe – Intégration des personnes handicapées – ISBN 92.871-3144.9 – 1996.

(8) rapport : Etude, dit « rapport FARDEAU » [http : // www.santé.gouv.fr/html/actu/handicapés/1.htm](http://www.santé.gouv.fr/html/actu/handicapés/1.htm)

Parmi les problèmes qui subsistent, et dont le degré peut varier d'un état membre à l'autre, il convient de relever les situations suivantes : (9)

- Dans l'éducation, de nombreux enfants présentant des handicaps restent exclus des systèmes d'enseignements traditionnels (écoles, collèges, lycées ...)
- Mobilité et accès : dans une société « hautement mobile » nombre de transports et de bâtiments publics demeurent inaccessibles (ou très difficilement) aux personnes handicapées.
- Logement : avec une offre réduite, les personnes handicapées ne disposent pas d'assez de logements adaptés ou adaptables tout au long de la vie. L'adaptation à posteriori peut-être excessivement coûteuse.

De plus, on peut souligner que cette situation a des répercussions très négatives non seulement pour les personnes handicapées mais aussi pour la population de plus en plus nombreuse des personnes âgées en Europe.

- Système de sécurité sociale : Une proportion élevée de personnes handicapées continue à vivre près du seuil de pauvreté.

La synthèse de ces études montre que le pourcentage de personnes travaillant dans un emploi protégé par rapport à la population active et les caractéristiques de ces personnes varient fortement d'un pays à l'autre. C'est à dire que certains pays ont des caractéristiques de prises en charge de la personne handicapée, proches de celles développées en France (institutions spécialisées, aide à la personne) et que d'autres ont une définition du handicap beaucoup plus large qui peut aller jusqu'à comparer un chômeur ou une personne en longue maladie à une personne handicapée susceptible d'être prise en charge par la solidarité nationale du pays intéressé.

De plus, la notion d'emploi protégé a un sens très différent suivant les pays et diverses formes d'emploi protégé existent dans les pays membres ou coexistent souvent au sein d'un même pays.

---

(9)[http://europa.eu.int/com/employementsocial/socprot/disable/com\\_406/com.fr.htun](http://europa.eu.int/com/employementsocial/socprot/disable/com_406/com.fr.htun).

En France, par exemple, le travail protégé est composé de : Atelier protégé (AP), Centre de distribution de travail à domicile (CDTD), Centre d'aide par le travail (CAT) que nous développerons dans un chapitre suivant. Aujourd'hui, dans de nombreux pays membres, la forme prédominante de l'emploi protégé est l'Atelier Protégé. On note, néanmoins depuis quelques années, que certains pays membres se sont orientés vers de nouveaux styles d'emplois protégés, plus intégrés au secteur de l'emploi ordinaire, c'est à dire que la personne handicapée est salariée directement par l'entreprise qui en contre partie touche des aides financières.

Compte tenu de la grande variété des dispositions institutionnelles mis en place dans les pays membres, la formulation de recommandations générales au niveau Européen s'avère difficile. Néanmoins, les recommandations préconisées par les groupes d'experts vont dans le même sens : la meilleure intégration possible des personnes handicapées dans la vie professionnelle étant donc l'objectif global.

En général, on note que dans toute la communauté européenne une sous participation des personnes handicapées dans de nombreux aspects de la vie sociale peut aboutir à l'exclusion et la discrimination de ces personnes.

En ce sens par sa décision 2001/903/CE du 3.12.2001 le conseil de l'union européenne a proclamé l'année 2003 « année européenne des personnes handicapées ». Cette année 2003 marquera le dixième anniversaire de l'adoption par l'assemblée générale des Nations Unies, de sa résolution sur l'égalisation des chances des personnes handicapées. Bien que le chemin pour l'égalité des chances semble encore long, cette « année européenne » permettra dans tous les cas une sensibilisation aux droits des personnes handicapées.

Directeur d'un CAT , je reste convaincu que le respect de la personne, de la diversité et la promotion des droits de l'homme restent les socles d'un droit fondamental : celui de l'égalité. Ce droit fortement inspiré des concepts philosophiques de J.J ROUSSEAU se trouve édicté dans la « déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen » du 26 août 1789 et par la suite dans les constitutions de 1791 et 1793 qui définissent : « tous les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits .... Ils sont égaux par nature devant la loi ».

Cette égalité implique la formulation de politiques visant à favoriser la participation entière, et l'association en général, des personnes handicapées aux processus économiques, sociaux et autres, tout en respectant les choix personnels, par des mesures d'accompagnement. Pour compléter, je rappellerai l'article 26 de la charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne qui concerne l'intégration des personnes handicapées : « l'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté » (10). C'est pour faire vivre ce droit à l'égalité et au respect de la personne handicapée , que mon engagement professionnel prend tout son sens sur lequel je m'appuie pour définir des stratégies qui seront suivies d'actions visant à modifier les rapports entre le CAT et son environnement . Que ces dernières soient des stratégies préparatoires (accroître nos forces et ou pallier nos faiblesses) ou des stratégies opérationnelles qui elles souligneront notre volonté de saisir telle ou telle opportunité. Stratégies que nous testeront en permanence avec les équipes dans la mesure où elles deviennent les actions à développer pour atteindre les finalités du CAT : accompagner la personne handicapée par la maladie mentale vers une possible réinsertion socioprofessionnelle. Cet accompagnement sous-entend des idées de processus, de perspectives, de mouvements et d'évolution pour chaque travailleur handicapé. J'aborderai concrètement ces éléments dans la troisième partie de mon travail.

L'intégration économique des personnes handicapées reste un processus complexe exigeant d'une part un plan d'actions pour l'ensemble des pays européens et d'autre part la participation active et coordonnée de nombreux acteurs, ainsi que la mise en œuvre de mesures d'accompagnement de la personne (services sociaux, établissements spécialisés, équipes soignante et éducative, divers services d'accompagnement). A ce point de la réflexion, il m'est apparu intéressant d'analyser la situation des personnes handicapées vis à vis de l'emploi, en France.

---

(10) 18.12.2000.Fr Journal Officiel des Communautés Européennes- c364/1.

## II– EN FRANCE, L' EMPLOI ET LE CHOMAGE DES PERSONNES HANDICAPEES

Alors que jusqu'à présent la situation des travailleurs handicapés n'était approchée que de manière fragmentaire par diverses sources administratives, visant soit le chômage, soit les salariés des établissements de 20 salariés et plus, soit le milieu protégé, la nouvelle enquête « Handicap-Invalidité-Dépendance » (HID), réalisée en Décembre 1999 (11) par l'institut national de statistiques et d'enquêtes (INSEE) - nous apporte un ensemble d'éclairage sur la situation des personnes adultes handicapées. (annexe 1)

Directeur d'un CAT, si j'aborde le sujet de la situation par rapport à l'emploi et au chômage des personnes handicapées, c'est qu'en ce domaine le sujet paraît « tabou ». Si, une analyse permanente des flux du chômage des personnes valides (âge, sexe, catégorie sociale, niveau de formation, durée...) est précisée par l'ensemble des médias, celle concernant les personnes handicapées au regard des mêmes problématiques, est quasi inexistante. En parler, me semble –t-il permettrait une information générale de l'ensemble des citoyens et en particulier des acteurs de l'économie, que sont les chefs d'entreprise et les artisans. Cette sensibilisation pourrait faire prendre conscience qu'une ouverture d'un certain nombre d'emplois en direction de ces populations participerait à apporter des réponses très concrètes aux travailleurs handicapés concernés. L'enquête HID-1999 nous précise que, 718 000 personnes handicapées ont été recensées par rapport à l'emploi, soit 3 % de la population active. Les deux tiers d'entre elles sont employées dans le secteur privé et en milieu ordinaire de travail. On note que 171 000 personnes handicapées sont au chômage, soit 24 % de l'ensemble. Le milieu du travail protégé, que j'aborderai dans le chapitre suivant fait partie de l'éventail de réponses qui sont données pour assurer la mise au travail et l'insertion socioprofessionnelle des travailleurs handicapés. Ce dernier, emploi 17 % de la population concernée, soit pour l'année 1999 : 94 832 personnes handicapées ont été accueillies dans les diverses structures qui composent le travail protégé en France.

---

(11) Premières informations et premières synthèses; Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Direction de l'Animation, de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) – Novembre 2001 – N°44

## II – 1 LA PARTICULARITE FRANÇAISE DU TRAVAIL PROTEGE :

Comme rappelé dans l'étude sur l'Europe, le secteur du travail protégé est organisé autour de deux missions principales : assurer la mise au travail d'adultes handicapés et permettre à ceux qui le peuvent une insertion socioprofessionnelle en milieu ordinaire.

En France, le principe du travail protégé trouve sa source dans le reclassement des infirmes et des invalides de la première guerre mondiale (que j'aborderai ci-dessous). Le statut des établissements est fixé en 1954 pour les CAT et en 1957 pour les ateliers protégés. A l'origine ces établissements correspondaient aux besoins de populations différentes. Les CAT devaient accueillir les jeunes sortant des instituts médico professionnels (IMPRO), les ateliers protégés devaient employer des personnes affectées de maladies invalidantes ou de handicaps moteurs.

Historiquement ce sont les victimes de guerre qui les premières ont été socialement reconnues comme devant bénéficier de « compensation » pour « services rendus » à la collectivité : la loi du 2.08.1790 instaure la reconnaissance de la nation vis à vis des blessés de guerre ; en effet les rescapés invalides pouvaient se voir octroyer divers avantages sociaux et financiers (versement d'une pension).

La construction de l'hôtel des Invalides (Paris) sous Napoléon attestera de la volonté d'accorder honneurs et reconnaissance à ceux qui ont souffert pour la patrie. Sous Louis Philippe sera votée la loi du 30.06.1838 que certains considèrent comme le premier texte législatif spécifiquement consacré à une certaine catégorie de handicapés : les aliénés.

On s'accorde à dire que le pas décisif a été franchi après la seconde guerre mondiale : le nombre et la diversité des victimes civiles et militaires étaient devenus à tel point préoccupant que le législateur se devait d'adopter les textes à une situation socialement dramatique.

Diverses dispositions se succéderont :

- . 1945 : création de la sécurité sociale.
  
- . 1946 : prévention et réparation des accidents du travail et de maladies professionnelles.
  
- . 1949 : attribution, grâce à la loi Cordonnier d'une allocation aux personnes en cours de rééducation et atteintes d'une invalidité supérieure à 80 %.
  
- . 1957 : promulgation d'une loi portant sur le reclassement des travailleurs handicapés – le texte de loi précisait qu'il fallait entendre par « travailleur handicapé » toute personne « dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par la suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ».
  
- . 1967 : Georges Pompidou, alors premier ministre en exercice, demande que lui soit remis un rapport faisant le point sur la situation des personnes handicapées en France.

Ce rapport, élaboré par un collectif d'auteurs, habituellement désigné, comme le rapport BLOCH-LAINE <sup>(12)</sup> était destiné à évaluer globalement et à l'échelon national la situation des personnes handicapées. L'objectif de ce texte était de préparer un nouveau cadre législatif apte à assurer efficacement et durablement une protection sociale aux adultes et enfants handicapés. C'est ce rapport qui débouchera sur la loi n° 75-534 du 30.06.1975. A la même date sera votée la loi 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Cette dernière loi sera modifiée au fil du temps en particulier par les lois de décentralisation (1983-1985). Elle sera totalement rénovée par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 qui confirme le rôle des CAT.

---

(12) BLOCH-LAINE – Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées – rapport présenté au premier ministre en décembre 1967 –

### III - LE CAT – LIEU D' INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE :

Le Centre d'aide par le travail est un établissement médico-social destiné à promouvoir l'insertion sociale et professionnelle de la personne handicapée par un accès au monde du travail symbole de son appartenance à la collectivité.

Cette définition se doit d'être personnalisée au regard des bénéficiaires accueillis ce que nous aborderons en troisième partie, plus précisément.

Le cadre législatif et réglementaire s'appuie principalement sur trois lois, une circulaire et des dispositions pour l'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire :

- a) La loi 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées a pour objectif d'affirmer et de garantir les droits fondamentaux des personnes handicapées. En ce qui concerne les CAT l'article 30 de la dite loi précise : « les CAT, comportant ou non un foyer d'hébergement doivent offrir aux adolescents et adultes handicapés qui ne peuvent momentanément ou durablement travailler, ni dans les entreprises ordinaires ni dans les ateliers protégés, ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni exercer une activité professionnelle, un soutien médico-social et éducatif et un milieu de vie favorisant un épanouissement personnel et une intégration sociale ».

Elle prévoit aussi la mise en place des commissions techniques d'orientation et de reclassements professionnels (COTOREP) dont l'objectif essentiel est de coordonner et d'harmoniser un appareil complexe de mesures d'orientation et d'aides qui concernent simultanément divers ministères à travers un certain nombre de services compétents : les anciens combattants, l'urbanisme, mais surtout le travail et l'emploi, l'éducation nationale, la santé publique et la sécurité sociale.

Ces décisions s'imposent aux établissements puisque l'entrée dans un CAT relève de la compétence de la COTOREP qui attribue la reconnaissance de travailleur handicapé et décide des orientations. Celle-ci se trouve être sous l'autorité du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

et du directeur départemental du travail et de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP).

Elle se prononce soit dans le cadre de la législation du travail sur la qualité de travailleur handicapé et oriente le demandeur vers une structure adaptée de réinsertion professionnelle, soit dans le cadre de la législation sociale et sanitaire, apprécie le taux du handicap et oriente éventuellement l'intéressé vers une institution spécialisée. L'établissement doit la tenir informée de toute décision d'entrée et de sortie d'un travailleur handicapé et lui communiquer tout élément et tout avis susceptibles d'en modifier l'orientation.

Avec la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle les relations sont constituées par l'échange des bordereaux permettant le paiement du complément de rémunération aux travailleurs handicapés.

b) La loi n° 75-535 dite loi sociale qui concerne aussi les structures d'accueil des personnes handicapées.

Ce texte aborde plusieurs points : la coordination des institutions sociales et médico-sociales, la création et l'extension des établissements sociaux et médico-sociaux et les dispositions relatives aux établissements de formation des travailleurs sociaux.

Cette législation a évolué depuis, avec le décret n° 95-185 du 14 février 1995 relatif à la procédure de création, de transformation, d'extension des établissements et des services sociaux et médico-sociaux. Ce dernier précise les critères de présentation d'un dossier d'agrément devant le comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) dans le cas de création ou d'extension d'un établissement ou service.

Ce dernier décret a depuis été modifié par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 (13). Les effets de cette loi sur le code de l'action sociale et des familles (CASF) font que les nouvelles articulations entre la planification, les autorisations et leur financement se trouvent précisées.

---

(13 ) Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 – J.O du 3 janvier 2002

Les articles L.312-4 et L.312-5 redéfinissent ces schémas permettant de mieux apprécier la nature et l'évolution des besoins au regard de l'offre sociale ou médico-sociale existante.

Cette même loi définit les missions de l'action sociale et médico-sociale, par rapport aux compétences générales dévolues aux institutions telles que définies par l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 30 juin 1975. Elle souligne une approche moins axée sur la mission d'hébergement en établissement au profit des missions d'accompagnement et d'assistance. De plus, elle précise les droits des usagers, les garanties dont bénéficient les personnes accueillies dans un établissement, et les outils mis à leur disposition pour faire valoir leurs droits. L'un des principaux enjeux de la loi est de mettre l'utilisateur au cœur du dispositif en lui reconnaissant pour ce faire, des droits, tels que : respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité. Mais aussi du droit à une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, favorisant son développement, son autonomie et son insertion. Je développerai dans la troisième partie de mon travail comment nous mettons en œuvre ces différentes dimensions de la loi au CAT « L'EPI ».

Ces principes trouvent ensuite leurs traductions et les conditions de leurs mises en pratique au travers des documents remis aux usagers : livret d'accueil (dans lequel y seront annexés une charte de droits et liberté de la personne et le règlement de fonctionnement de la structure), le contrat de séjour. De plus, la loi fait obligation pour chaque établissement d'élaborer un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination 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. Enfin, la loi instaure la mise en place d'un conseil de la vie sociale dont la vocation sera de se substituer au conseil d'établissement. L'ambition du conseil de la vie sociale est d'instaurer un dispositif centré sur la participation des bénéficiaires afin de les associer au fonctionnement de l'établissement ou du service ou encore du lieu de vie.

A ce moment de la rédaction de mon mémoire, les décrets d'application concernant la rénovation de l'action sociale et médico-sociale ne sont pas tous parus.

c) La Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 traite de la vocation <sup>(14)</sup> des CAT, du contenu de leurs actions et de la spécificité qui les marque, des personnes qu'ils sont destinés à accueillir et de l'exercice de la tutelle des directions départementales des affaires sanitaires et sociale pour garantir la protection de celles-ci :

Les ateliers protégés sont des entreprises relevant du code du travail par contre, les CAT sont des établissements médico-sociaux relevant du CASF. La circulaire 60 A.S du 8 décembre 1978 précise la spécificité et le contenu de l'action des CAT, qui se résume à une double mission , « faire accéder les personnes handicapées à une vie sociale et professionnelle » grâce à une organisation comprenant une mise au travail dans des ateliers de production, un aménagement des postes de travail, des soutiens médico-sociaux et des activités extra professionnelles et d'autre part, permettre aux travailleurs handicapés « qui ont manifesté, par la suite des capacités suffisantes, de quitter le CAT et d'accéder au milieu ordinaire de travail ou à un atelier protégé »

En outre la circulaire précise les soutiens de deux types dispensés au sein d'un CAT :

- les soutiens dits de premier type entrant dans la notion large d'activités professionnelles et concourent à la mise au travail de la personne handicapée avec pour objectif de lui permettre d'exprimer de la manière la plus profitable pour elle, sa faculté de travailler : formation , recyclage, éducation gestuelle ...
- les soutiens ou activités de deuxième type correspondant à ce que la circulaire appelle activités extra professionnelles : il peut s'agir d'organisation de loisirs, d'activités sportives, d'ouverture vers l'extérieur, d'initiation à la vie quotidienne. Ils peuvent assurément avoir une grande importance dans le projet global d'épanouissement professionnel et social du travailleur handicapé.

---

(14) Circulaire 60A.S du 8 décembre 1978 – page 4 – article 121

D'autres dispositions législatives pour l'intégration des personnes handicapées dans le milieu ordinaire sont venues compléter le dispositif général, à savoir :

En modifiant l'article 30 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 effectue une modification de l'article 167 du code de l'action sociale et des familles ; celui-ci comportait une disposition selon laquelle des équipes de travailleurs handicapés bénéficiant d'une admission en CAT pourraient faire l'objet de détachement à l'extérieur du CAT auquel, juridiquement elles demeuraient rattachées.

Dès lors, la possibilité est offerte à un seul travailleur handicapé de ne plus se rendre dans l'établissement qui le prend en charge mais tout au contraire, il peut bénéficier d'un projet individuel d'insertion dans une entreprise partenaire du CAT dans laquelle un poste de travail aménagé ou pas lui sera confié. Le travailleur handicapé apte à bénéficier de cette mesure restant toujours juridiquement rattaché au CAT.

Le décret n° 86-510 du 14 mars 1986 dans son article 9 précise :  
*« Favoriser l'intégration de travailleurs de CAT dans le milieu ordinaire en leur permettant d'y travailler tout en restant dans les effectifs de l'établissement ».*

Le décret n° 93-669 du 26 mars 1993 marque une nette évolution : il permet l'accès à des emplois extérieurs non plus aux travailleurs handicapés classifiés performants mais aussi aux personnes classifiées d'efficiences moyennes.

A ce stade le contenu législatif préconise fortement une démarche institutionnelle vers l'insertion des travailleurs handicapés en CAT.

Un autre texte important : la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987, en faveur de l'emploi des personnes handicapées favorise la politique d'intégration en milieu de travail ordinaire des travailleurs handicapés. L'article L.323.1 de la dite loi précise : « Tout employeur occupant au moins vingt salariés est tenu d'employer à temps plein ou à temps partiel, des bénéficiaires de la présente section dans la proportion de 6 % de l'effectif total des salariés » (15) .

---

(15) Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés , section I – obligation d'emploi des travailleurs handicapés des mutilés et assimilés.

A l'article L 323.8, il est aussi mentionné que les entreprises peuvent s'acquitter partiellement de l'obligation de l'emploi en passant des contrats de sous-traitance avec des ateliers protégés ou des centres d'aide par le travail.

Cette évolution des textes législatifs n'est pas neutre, dans la mesure où la création et le développement du CAT « l'EPI » que j'aborderai dans la troisième partie, a pris en compte cette dimension pour développer la présence de travailleurs handicapés directement au sein d'entreprises partenaires de l'établissement.

Cette présence « hors mur » étant pour nous très importante, dans la mesure où elle donne plus de sens à la réinsertion socioprofessionnelle des personnes accueillies par le CAT.

Par la loi du 10 juillet 1987, l'association nationale de gestion de fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH) a été créée pour gérer les fonds constitués par les cotisations versées par les entreprises de plus de 20 salariés et qui n'atteignent pas le quota de travailleurs handicapés visé par la loi.

Son objectif est de développer l'emploi des personnes handicapées. Son intervention peut se classer en 3 catégories :

- Le soutien financier aux entreprises pour développer l'accessibilité des postes de travail, leur aménagement et la dotation de matériel spécialisés permettant l'accueil de travailleurs handicapés.
- Le conseil auprès des entreprises par l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique d'emploi et de prévention intégrant des travailleurs handicapés
- L'information sur les dispositions législatives, réglementaires et particulières relevant de l'emploi des personnes handicapées.

En ce qui concerne les hôpitaux, ce sont les effets de l'ordonnance n°96.346 du 24 Avril 1996, qui leur ont permis de créer et gérer les établissements sociaux et médico-sociaux prévus par les lois de 1975.

### III - 1 UNE ETHIQUE EN CAT AU SERVICE DE L' INSERTION DU TRAVAILLEUR :

Il y a une conception traditionnelle du travail qui est proprement angélique : « *tu gagneras ton pain à la sueur de ton front* ». Le travail est une punition : il ne peut donc être que pénible et traumatisant. Ce qui a pour corollaire que l'état idéal de l'homme est l'oisiveté. Le paradis, lieu de la félicité suprême, est en même temps décrit comme un lieu d'oisiveté complexe. L'éthique du travail, à ce moment là est religieuse. Etant punition, le travail est par le même coup rédempteur. Plus on travaille, plus on est méritant et mieux on sera « sauvé ». Ceux qui se dérobent pêchent. Revendiquer ou se révolter est malhonnête. Plus on supporte plus on est honnête. Cette vue se trouvait confirmée par celle de l'antiquité classique. Pour les grecs, le travail était dégradant et confié aux seuls esclaves.

Aristote, justifiait même ce système, par la loi naturelle : travaillaient ceux qui étaient destinés à cette fonction par leurs caractéristiques physiques et mentales (jugés par là même « inférieur »). Jusqu'au XIX siècle, les classes dominantes opposaient cette vision du travail aux revendications des prolétaires : « nul besoin de se préoccuper des conditions du travail puisqu'il est un mal nécessaire. Les grévistes, les syndiqués, les « socialistes » étaient des gens malhonnêtes, de la racaille. Les ouvriers n'avaient qu'à se soumettre. Travailler était bon et vertueux, chômer était mauvais et pervers. Dans cette optique, le travail est un devoir ». (16) Cette conception fut tellement répandue, que les premiers industriels, qui pour des raisons purement financières, avançaient au chômage qu'ils provoquaient, que la machine allait libérer l'homme du travail. Nous savons désormais que la réalité est différente. La modernité a relevé que ce n'est pas le travail en soi qui est pénible et traumatisant mais seulement le travail dévoyé, morcelé, coupé de ses objectifs et de ses motivations psychologiques. Ce que MARX a appelé « le travail aliéné ». Les différentes crises économiques et la mondialisation de l'économie, à finalités purement financière et boursière, ont créé un chômage de masse, bien souvent des personnes les plus fragiles (sans formation).

---

(16) Alain B.L. GERARD- Philosophe CREAL : Ethique et professionnel de l'action sociale et médico-sociale – numéro spécial Novembre 1999 page 9

En effet, que partage « un chômeur de longue durée replié sur sa sphère familiale avec femme, appartement et télévision et le jeune dont la galère est faite d'errance, toujours recommencée et d'explosions de rage avortées ! (17). Le monde redécouvre avec angoisse qu'après une période de croissance économique ayant apporté le plein emploi, la protection sociale, l'existence de nouveaux « inutiles au monde » (18). Puisqu'ils ne font rien de socialement utile, comment pourraient-ils exister socialement ? Sur ce point qu'en est-il du devenir social des personnes handicapées dont la situation vis à vis du chômage ne fait que s'aggraver ? (cf. page 13). Ne devons-nous pas leur apporter les soutiens nécessaires pour une meilleure intégration possible dans leur vie personnelle et professionnelle par l'accès pour certaines d'entre elles, au travail protégé ? J'aborderai plus concrètement ce point dans la troisième partie. Mais avant, il me paraît souhaitable de définir le mot travail. On appelle « travail » une activité dont le but est d'obtenir un produit. Ce produit peut être un objet, un service, un aménagement, une idée, et sans ce produit il n'y a pas travail. C'est par le travail et la production que naissent la rationalité et la science. Coupé de tout travail, l'homme n'est pas libéré : il est affolé, désarçonné, sans point d'attache, sans références. Dans le travail, l'homme ne produit pas seulement le produit à consommer, il se produit lui-même.

« En premier lieu, il n'y a pas de travail sans production. C'est la dimension matérielle du travail. En second lieu, le travail permet l'épanouissement physique et intellectuel de l'homme. Lorsque ce processus n'a pas lieu, il y a aliénation. C'est la dimension ontologique du travail. En troisième lieu le travail engendre un lien entre les membres de la société au sein duquel il a lieu. Il est à la base de nombreux rapports qui se tissent entre les hommes. Il provoque entre eux des échanges, des solidarités, des conflits.

---

(17) Robert CASTEL, les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat, édition Fayard, l'espace politique – page 20

(18) Ibid – page 20

De toute façon il intègre l'individu dans la société, c'est la dimension sociale du travail. Le problème du travail a pris une telle importance et de telles proportions dans notre société que l'éthique doit s'en emparer, il est de nature de l'éthique de se préoccuper de tout ce qui concerne les comportements et l'action de l'homme. » (19).

Si les quatre dimensions du travail énoncées précédemment inter-agissent sur les personnes valides au travail, il me semble qu'un directeur de CAT se doit de les prendre en compte comme éthique du projet d'établissement. En effet, il est important pour le directeur et les équipes d'appréhender l'ensemble des besoins et des attentes des travailleurs handicapés, afin de mieux les connaître, et pouvoir ainsi adapter l'accompagnement.

C'est par ce travail d'analyse que nous pourrions développer en direction de la personne l'insertion socioprofessionnelle la plus adaptée. Oublier cette dimension globale du travail deviendrait alors un problème éthique, qui nécessairement, questionnerait la gestion paradoxale de la vocation d'un CAT.

Entre vocation sociale et exigence de production de services ou de biens, une « frontière » incertaine se pose comme champ de la complexité de la finalité du CAT. Une démarche équivoque dans sa mise en œuvre peut orienter la structure de travail protégé à un certain nombre de dérives, à savoir un accent mis sur l'une des finalités du CAT au détriment de l'autre. Afin de se prémunir de ces écueils, l'établissement devra recentrer la prise en charge sur les besoins et attentes de chaque travailleur handicapé.

Pour moi, le CAT est un lieu de confrontation de deux logiques qui peuvent paraître à priori incompatibles :

- une logique de l'humain autour de la production de lien social
- une logique d'entreprise et d'économie de marché

---

(19) Alain B.L. GERARD- Philosophe CREAL : Ethique et professionnel de l'action sociale et médico-sociale – numéro spécial Novembre 1999- page 9

Mais quelles que soient « les difficultés posées, ces deux axiomes de la mission du CAT n'en demeurent pas moins indispensables » (20). L'approche systémique de l'organisation appelée CAT fait apparaître quatre niveaux de fonctionnement, emboîtés les uns dans les autres, à savoir :

*Niveau 1* – Le CAT est une entreprise au sens économique classique, c'est à dire un lieu de production et de vente de biens et services, on y retrouve les quatre acteurs fondamentaux de toute entreprise, à savoir : DES CLIENTS / DES FOURNISSEURS / DES PRODUCTEURS / DES GESTIONNAIRES.

*Niveau 2* – Le CAT est une entreprise de l'économie sociale ou de service public. Le statut associatif sans but lucratif (94,5 % des CAT) ou public (5,5 % des CAT) (21) les fait appartenir à l'économie sociale. Cette dernière commence là où s'arrête l'introduction d'investisseurs spécifiques de capitaux investis avant tout dans le but de profits financiers.

*Niveau 3* – Le CAT est une entreprise d'économie sociale de production d'emploi, à des fins sociales et intégratives.

Sa spécificité est double :

- d'une part le but principal est de fournir du travail aux personnes handicapées afin de leur permettre leur propre espace de construction de lien social et ainsi retrouver une utilité sociale.
- d'autre part, les personnes bénéficiaires de ce travail ne sont pas ou peu en situation de diriger elles-mêmes l'entreprise. Ce qui fait que les fondateurs (associatifs ou publics) sont des personnes soucieuses de la promotion des personnes qui présentent des handicaps. Ils délèguent leur projet global d'insertion des personnes handicapées à des salariés professionnels à double compétence, techniques et éducatives.

---

(20) Dossier documentaire – 1992-1995 – CREAL – Bretagne – Michel ADAN – Directeur CREIA – Poitou-charentes – Pages 69 et 70

(21) Selon les chiffres de Gérard ZRIBI, l'avenir du travail protégé- Rennes édition ENSP - 1998

On peut dire aussi qu'il y a donc deux types de producteurs : *des producteurs aidants et des producteurs aidés, au sens large.*

Niveau 4 – Le CAT n'est pas seulement une structure de mise au travail, il a aussi une fonction d'observation, d'évaluation et d'orientation des personnes handicapées, en lien avec ses différents partenaires (COTOREP, DDASS, DDTEFP). Il est à ce titre une structure médico-sociale d'accompagnement à des fins d'insertion des travailleurs handicapés.

### **III - 2 L'ENTREPRISE ET L' ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL CAT :**

Les Centres d'Aide par le Travail ont une double finalité :

- a) Faire accéder, grâce à une structure médico-sociale et des conditions de travail « aménagées », à une vie sociale et professionnelle des personnes handicapées momentanément ou durablement incapables d'exercer une activité professionnelle dans le secteur de la production ou en ateliers protégés.
- b) Permettre à celles d'entre elles qui auront manifesté par la suite des capacités suffisantes de quitter le CAT et d'accéder au milieu ordinaire du travail ou à un atelier protégé. Sur ce dernier point, on peut noter qu'aujourd'hui moins de 2% des personnes prises en charge dans les CAT les quittent pour une intégration dans le milieu ordinaire du travail, ce qui ne veut pas dire que les 98% qui continuent à bénéficier d'une prise en charge subissent un échec.

Tout en étant juridiquement un établissement social relevant à ce titre de l'ensemble des dispositions de la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales, le CAT est aussi une structure de mise au travail, à cet égard il se rapproche d'une entreprise (22). Cette dualité constitue le fondement même des CAT ; aucun des deux aspects ne saurait disparaître sans que la vocation de l'établissement soit gravement altérée.

---

( 22 ) Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 relative à la vocation des CAT Page 3 - article 110-

Le CAT bénéficie de deux types de financement :

- 1) La dotation globale de fonctionnement au titre de l'aide sociale qui couvre le budget principal d'activité sociale (BPAS) et les compléments de rémunération au titre de l'emploi, destinés à assurer une garantie de niveau de ressources à chaque travailleur handicapé, tous deux assurés par l'Etat.
- 2) Son budget annexe de production commerciale (BAPC) qui est alimenté par l'ensemble de la facturation de travaux ou produits commercialisés par le CAT en direction de sa clientèle.

Le BPAS qui est fortement encadré par les règles de financement public, laisse donc peu de marges de manœuvre à l'établissement. Le BAPC est géré plus librement dans une logique d'entreprise de production et de services. En ce qui concerne le CAT « l'EPI », l'ensemble des activités sont retracées dans un budget annexe de l'établissement public de santé conformément aux articles R.714.3.9 et R.714.3.13 du code de la santé publique.

L'entreprise CAT emploie des travailleurs handicapés qui n'ont pas le statut de salarié et qui donc ne possèdent pas de contrat de travail, au sens du code du travail.

La différence la plus nette qui distingue le statut d'un travailleur handicapé en CAT et celui d'un salarié est l'absence pour lui de situation de chômage. (23)

Néanmoins, les dispositions du Code du Travail relatives à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail s'appliquent dans les établissements . (24)

---

(23) Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 –Page18- article 312

(24) Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 –Page 17 - article 311

### III - 3 UNE LOGIQUE RESSEMBLANT A CELLE D'UNE ENTREPRISE AU SERVICE D'UN PUBLIC PARTICULIER :

Ces quelques rappels (cf. pages 29 et 30) montrent que la comparaison totale d'un CAT à une entreprise du secteur marchand n'est pas possible et qu'elle doit être limitée au fait que le CAT emprunte pour partie à cette dernière :

- son esprit d'initiative
- son dynamisme dans la recherche de marchés
- le souci de la qualité des prestations de productions ou de services développés en son sein
- les contraintes horaires et la rigueur de gestion (BPAS et BPAC)

Directeur d'un CAT depuis 3 ans, il me semble néanmoins que l'ensemble des lois, décrets et circulaires qui concernent les CAT, ne sont pas toujours très précis pour mettre fin aux diverses critiques qui agitent le milieu du travail protégé, que Gérard ZRIBI résume ainsi: « le CAT est-il avant tout une entreprise de production, un centre de formation professionnelle destiné aux personnes handicapées, une entreprise d'aide ou un lieu d'accueil et d'épanouissement ? » (25)

De plus, la loi du 30 juin 1975 a organisé pour partie le transfert de l'autorité de tutelle des CAT du ministère des affaires sociales vers le ministère du travail, ce qui, n'a pas manqué de raviver le débat sur les finalités des CAT. Cette option ministérielle rappelle que le CAT est une structure de travail. De plus, les lois de décentralisation (1983-1985) ont confirmé la double identité économique et sociale des CAT.

Enfin la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés ( 26 ) permet l'exonération partielle des entreprises de leurs obligations d'emploi des travailleurs handicapés lorsqu'elles donnent des travaux de sous-traitance à des CAT : ce point de la loi indique assez clairement que le CAT a une fonction de production économique.

---

(25) Gérard ZRIBI, l'avenir du travail protégé – Rennes – Editions ENSP – 1998 – page 45

(26) Article L 323.8 de la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987

L'exigence du maintien de l'équilibre entre ces notions du champ de l'économique et du social, doit rester de la responsabilité du directeur du CAT, sous le contrôle de son conseil d'administration, sa direction générale et des autorités de contrôle tarifaire.

La représentation que notre collègue Michel DUVIGNEAU, (directeur de CAT) en donne, me paraît correspondre à la vérité ; pour lui la gestion d'un CAT peut être assimilée à du « funambulisme ». Le directeur de CAT est un « fildefériste » accroché à son balancier, qui soit une fois penche d'un côté social, soit une fois penche du côté de l'économique. C'est donc au directeur d'éviter une oscillation unilatérale trop brusque et importante qui entraînerait une dérive de la prise en charge et deviendrait alors fortement préjudiciable aux travailleurs handicapés. » (27). L'introduction de certaines caractéristiques propres au monde de l'entreprise reste très présente dans le projet de direction que je développe, dans la mesure où ces dernières, restent liées à la stratégie d'insertion socioprofessionnelle mise en place avec chacun des travailleurs handicapés et que j'expliquerai dans la troisième partie de mon travail. Comme pour toute entreprise, les orientations budgétaires du CAT sont souvent fonction du contexte économique du département (bassin d'emploi) dans lequel il est implanté. Je n'oublie pas que jusque dans les années 90, les CAT n'étaient pas toujours confrontés à une rationalisation de leur choix budgétaire. Depuis, l'ensemble des CAT ont souffert et continuent à souffrir de coupes sombres budgétaires. Pour trouver des solutions viables, ils réinterrogent leurs pratiques de façon permanente afin de trouver un renforcement de leurs capacités de production.

Sur ce point, la circulaire 60-AS rappelle au directeur de CAT que « par activité productive il faut entendre des activités procurant une valeur ajoutée, cette dernière devant revenir aux travailleurs handicapés pour une part, la principale, et servir pour une autre part au maintien et au développement de l'outil de travail de l'établissement ». En clair, il faut que les activités de fabrication de biens ou de services, dégagent des excédents financiers.

---

(27) Michel DUVIGNEAU, « le Directeur du CAT, chef d'entreprise ou éducateur ? » le nouveau Mascaret, Mars 1995 – n° 33- pages 22-24

En ce qui concerne le CAT « l'EPI », c'est par ces excédents que j'ai pu dès sa création faire percevoir à chaque travailleur handicapé un revenu direct égal à 10 % du salaire minimum inter professionnel de croissance (SMIC) au lieu des 5 % souvent versés par les CAT en création à chaque travailleur handicapé.

### **III – 4 LES TRAVAILLEURS DU CAT :**

Le CAT accueille des personnes handicapées âgées d'au moins vingt ans, orientées par la COTOREP. L'accueil est possible à partir de seize ans sous réserve de l'accord de la commission départementale d'éducation spéciale (CDES). La capacité de travail doit être inférieure au tiers de la capacité normale mais peut être supérieure lorsque le besoin d'un soutien médical, éducatif, social ou psychologique le justifie. Le CAT doit être ouvert à toutes les personnes handicapées car il ne s'agit pas de sélectionner à priori et de créer une forme de ségrégation à l'accueil des travailleurs handicapés.

La période d'essai dans un CAT est de 6 mois. Elle peut être renouvelée une fois. Dans le cas d'un transfert d'un CAT à un autre CAT, le travailleur handicapé n'a plus de période d'essai à effectuer.

Le travailleur handicapé perçoit une rémunération (pas de salaire). Elle est composée d'une partie versée par le CAT et d'un complément de rémunération (garantie de ressource) remboursé à l'établissement par la D.D.T.E.F. P.

A ces deux composants du revenu, le travailleur handicapé perçoit de la CAF une Allocation Adulte Handicapé (AAH) calculée en fonction du montant de l'ensemble de ses revenus. Depuis le protocole d'accord de novembre 1989, entre l'Etat et les acteurs du travail protégé, le système des ressources du travailleur handicapé en C.A.T devrait être au moins égal à 100 voire 110 % du SMIC .

La productivité de l'établissement doit en permanence s'ajuster pour tenir compte, d'une part du taux de rendement (30%) de chaque travailleur, et d'autre part d'un certain nombre d'éléments à prendre en compte, tels que ceux relevant de la personne handicapée qui travaille en CAT, soit :

- ◆ l'incertitude des motivations, la variation d'humeur, la lenteur d'adaptation, la fatigabilité et l'angoisse des changements ou modifications dans les logiques de fabrication
  
- ◆ l'incompréhension de certaines situations liée à l'organisation du travail et une forme de repli sur soi par un décrochage de la réalité à certains moments de la journée, la présence au quotidien au travail peut s'apparenter, pour certains travailleurs handicapés, à un réel exploit personnel.
  
- ◆ La difficulté ou non de suivre et comprendre la distribution des postes de travail. L'organisation d'une gestion de production qui réclame une approche qualitative afin de satisfaire le client final peut elle aussi, par la rigueur et les contrôles qu'elle réclame être un élément de perturbation pour certains travailleurs handicapés.

Le travail de production peut se réaliser dans des ateliers internes au CAT ou au sein d'entreprises partenaires avec lesquelles le CAT a signé une convention de mise à disposition d'une équipe de travailleurs handicapés encadrés par des moniteurs d'atelier. Les détachements individuels sont aussi prévus par les textes.

## CONCLUSION PARTIELLE

Le travail d'analyse et d'appropriation des textes, études et dispositifs autour du travail protégé que j'ai réalisés dans cette première partie fut pour moi une obligation professionnelle centrale dans la mesure où j'ai rejoints le secteur sanitaire en 1996 et le secteur médico-social, comme directeur du CAT « L'EPI » en 1999.

Ma formation CAFDES, ce travail de connaissance et d'analyse de l'action sociale et médico-sociale me fut rendue plus facile par la présence à mes côtés d'un adjoint, Cadre Educatif qui possédait une expérience professionnelle de 40 années passées dans différentes structures sociales et médico-sociales de Vaucluse. Ce dernier avait rejoint l'hôpital de Montfavet en 1995 pour aider à la mise en place d'un pôle social et médico-social. Notre collaboration a pris fin depuis le 1<sup>er</sup> Octobre 2002, par son départ à la retraite.

De l'ensemble de ce travail d'appropriation j'ai la conviction que la place des CAT reste toujours forte dans le secteur médico-social. En France, 1200 CAT prennent en charge 100 000 personnes handicapées au quotidien, dans un réel souci d'insertion de la personne, même si depuis leur origine, ils sont soumis aux mêmes injonctions paradoxales, c'est à dire d'être des établissements médico-sociaux (forte préoccupation sociale) qui pourtant doivent chaque année être performants en augmentant leur autofinancement par une production de biens ou de services (préoccupations économiques). De plus les CAT se trouvent dans un environnement économique européen qui doit gérer plusieurs millions de personnes valides sans emploi et ce dans une logique économique de mondialisation de l'offre et de la demande. A mon sens, la finalité des CAT est toujours la même : proposer une prise en charge adaptée aux travailleurs handicapés accueillis qui réclame une nécessaire intervention dans les deux champs, le social et l'économique. Ces derniers ne devant pas être antagonistes mais bien au contraire restés complémentaires et indissociables afin d'atteindre la finalité : l'insertion socioprofessionnelle du travailleur handicapé.

## ***DEUXIEME PARTIE***

### **AU CŒUR DE L'HOPITAL L'EMERGENCE DU CHAMP SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL**

A ce point du mémoire, il me paraît nécessaire de vous présenter succinctement mon parcours professionnel qui peut paraître atypique. Ce dernier s'est déroulé dans une société financière HLM de Vaucluse dénommée société anonyme de crédit immobilier ( SACI) dont j'ai assuré la direction pendant 10 ans. La création dans l'ensemble des départements français des SACI fut rendue possible par la loi du 13 juillet 1928 (dite loi Loucheur). C'est pour combattre la présence de taudis et ghettos dans lesquels se logeaient les familles modestes, les travailleurs, et souvent les infirmes dans des conditions d'insalubrité maximale que, Louis Loucheur, homme politique né à Roubaix en 1872, député du Nord, puis ministre du travail et de la prévoyance sociale fit voter une loi dont le but principal était de remédier à la crise du logement en permettant l'accès à la propriété des classes modestes. C'est dans cette dimension professionnelle particulière d'être pour l'état un outil de régulation et de promotion, à l'accession à la propriété des personnes à revenus modestes que les SACI ont apporté leur savoir faire. Dès mon embauche en 1996, le directeur de l'hôpital me demanda de travailler en binôme avec un cadre éducatif, qui possédait une expérience significative du champ social et médico-social. Ce dernier était arrivé un an plus tôt, pour être le coordonnateur de la création de différentes structures médico-sociales. Notre rencontre fut très enrichissante et notre travail très complémentaire ; lui , porteur d'une culture éducative dans l'hôpital et moi, d'une culture sociale extrinsèque à celle de l'hôpital. Mes fonctions précédentes de direction m'ont permis de gérer et contrôler différentes opérations immobilières liées principalement à l'habitat social ; conception, montage financier et réalisation .

Cette connaissance nous fut très utile dans le cadre du dossier de la construction et du financement du CAT et du foyer « l'EPI » ainsi que pour les autres établissements médico-sociaux que l'hôpital a depuis créés :

Une MAS de 45 places , un CAT de 45 places , un Foyer d'hébergement de 20 places , un Foyer Occupationnel de 42 places. Un service d'accompagnement à la vie sociale ( SAVS) de 25 places qui viendra compléter notre dispositif dès le premier trimestre 2003. La MAS, est gérée par un directeur rattaché à l'équipe de direction de l'hôpital .

La direction fonctionnelle des autres structures est assurée par mes soins dont celle du CAT « l'EPI ».

Dans un premier temps, je décrirai les conditions qui ont permis le passage d'une logique de soins à une logique médico-sociale en faisant un rappel de l'histoire de l'hôpital de Montfavet ainsi qu'une présentation abrégée de son projet d'établissement.

Dans un second temps, j'expliquerai en quoi le schéma de Wood reste une référence de sens qui permet d'aborder la complémentarité du sanitaire et du médico-social. Enfin, je décrirai le processus de mise en place et d'animation d'un groupe de travail dont l'un des buts était d'être un réel support de médiation, entre le champ historique présent dans l'hôpital, le soin et la nécessaire émergence d'un champ complémentaire : le social et le médico-social.

## **I – PASSAGE D'UNE LOGIQUE DE SOINS A UNE LOGIQUE MEDICO-SOCIALE**

La situation actuelle du CAT « l'EPI » ne peut se comprendre qu'à la lumière du bref rappel chronologique que je vous propose ci-dessous :

- L'hôpital psychiatrique trouve son origine lors du « grand enfermement » qui donne naissance à l'hôpital général en 1657.
  
- La loi du 30 juin 1938 prévoira la mise en place d'un « asile d'aliénés » par département.

Dès 1936, on appellera ces structures « hôpitaux psychiatriques » - situations si bien décrites par Albert BEGUIN: « Parlant en homme de la rue, que pourrions-nous demander à nos interlocuteurs psychiatres, une fois délivré de ce sentiment un peu craintif qui nous inspirait ( autre « survivance » des fameux tabous )? Tout simplement, tout banalement, ceci : qui est fou à vos yeux ? Ces fous, les soignez-vous ? Les guérissez-vous parfois ? ( 28 )

---

(28) Albert BEGUIN – Directeur de la revue Esprit – Misère de la psychiatrie, les fous sont-ils soignés ? Décembre 1952 – pp 777 à 781

- Après la guerre de 1939/1945, on crée la sécurité sociale, ce qui permet aux hôpitaux vont avoir une partie de leur financement assurée par les usagers.

- 1960 : désinstitutionnalisation – création de la politique des secteurs psychiatriques. C'est l'ouverture de la psychiatrie sur la cité par une rupture avec la logique de l'enfermement. Alors sont pris en compte la personne dans son environnement.

- En 1970, les hôpitaux deviendront juridiquement autonomes et seront classés en Centres Hospitaliers ou Centres Hospitaliers Spécialisés, dénomination que prendront les hôpitaux psychiatriques.

- A cette époque, les conditions de soins des enfants handicapés dans les hôpitaux psychiatriques sont précaires et les associations de parents obtiendront du législateur qu'il vote la loi du 30 juin 1975, dite loi d'orientation des personnes handicapées.

- A partir de cette date, une partition nette entre le soin et la prise en charge du handicap va s'établir sur des bases juridiques et selon des financements différents.

- Les lois de décentralisation confient aux conseils généraux la responsabilité et le financement de l'aide sociale relative à l'hébergement des personnes handicapées, des personnes âgées et à la prise en charge de l'enfance et des familles. L'Etat, lui continue de financer les CAT et la prise en charge de champ spécifique (Toxicomanie, SIDA).

La loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991 classe les hôpitaux publics en établissements publics de santé, les dénommant tous Centre Hospitalier et recentre leur activité sur des soins de court et moyen séjour. La prise en charge à long terme relève du long séjour et du secteur médico-social. Afin d'aider à de nouvelles prises en charge le législateur, par les Ordonnances du 24 avril 1996 (29) a donné la possibilité aux centres hospitaliers de créer et gérer des établissements et services sociaux et médico-sociaux, ce que la loi du 30 juin 1975 ne leur permettait pas.

---

( 29) Article 51 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme à l'hospitalisation publique et privée

Ces nouvelles prises en charge s'adressent en priorité aux personnes handicapées dont l'état de santé ne justifie plus une présence dans un hôpital psychiatrique, qui par son organisation générale ( personnel médical, paramédical, logistique, règles internes, architecture des bâtiments ) ,ne peut pas répondre avec pertinence à une prise en charge qui réclame de véritables lieux de vie dans lesquels se développeront à l'aide d'un personnel spécialisé, des projets individuels pour l'ensemble des bénéficiaires accueillis.

Dans un passé récent les hôpitaux psychiatriques ont souvent pris en charge des personnes handicapées car aucune autre solution de placement ne pouvait être trouvée, soit par un manque de places dans des structures adaptées soit par l'inexistence de ces structures. Cette impossibilité de rapprochement entre les secteurs sanitaire et médico-social, fut aussi en partie liée aux textes législatifs qui les encadrent et à leurs financements distincts.

« La psychiatrie a souffert plus que toute autre discipline du mur de Berlin existant entre la législation hospitalière et les deux lois sociales de 1975 » ( 30 ).

Depuis la mise en place du dispositif prévu par les ordonnances du 24 avril 1996 et de la loi de rénovation sociale n°2002-2 du 2 janvier 2002, deux autres rapports paraissent en lien avec nos préoccupations : l'insertion socioprofessionnelle des travailleurs handicapés. Le premier dénommé rapport « CHARZAT » ( 31 ) a apporté différents éclairages complémentaires sur l'obligation qui devrait être commune à l'ensemble des acteurs( médecins , institutions, familles, tuteurs, élus en charge de la cité) de considérer les personnes souffrantes de troubles mentaux comme des citoyens à part entière.

---

(30) Jean François BAUDURET – chargé de mission auprès du directeur de l'action sociale, Ministère de l'emploi et de la solidarité – préface du livre de Marcel JAEGER, l'articulation du sanitaire et du social – DUNOD 2000- page 6

(31) rapport de Michel CHARZAT député, à Mme Ségolène ROYALE Ministre déléguée à la famille , à l'enfance et aux personnes handicapées – Mars 2000

Ce rapport préconise de nombreuses propositions d'amélioration des conditions de soins, d'aide à l'accompagnement, d'information de la personne et de sa famille, de leur situation vis à vis du logement , de leur participation à la vie sociale afin de lutter contre l'exclusion des personnes handicapées.

De plus , certaines propositions contenues dans ce rapport sont totalement en lien avec la réinsertion socioprofessionnelle de ces personnes.

Elles insistent sur le besoin et l'intérêt d'une prise en charge basée sur la participation à la vie professionnelle dans l'élaboration pour chaque personne handicapée d'un projet socioprofessionnel qui devrait comporter toute une série d'étapes successives et en particulier ( page 46 du rapport ) « une mise en situation réelle de travail et un réentraînement au travail dans des entreprises d'insertion ou dans des structures de travail protégé de type CAT ou AP ».

Le second rapport fut élaboré par les Docteurs Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT (32), il préconise une modification de l'organisation générale qui doit permettre la création de réels pôles de santé mentale qui faciliteront la cohérence et la coordination de l'ensemble de l'offre de soins du bassin de vie ( publique, libérale, associative, universitaire, urgence social... ) et favoriseront les passerelles entre hospitalisation psychiatrique privée et structures de service public. Ils mettront en cohérence l'activité des structures de soins associatives avec l'ensemble de l'offre et les besoins de prises en charge ; enfin ils élaboreront des outils de planification et d'évaluation des besoins opérationnels, afin de garantir des moyens suffisants à chaque secteur. L'hôpital de Montfavet s'inscrit totalement dans ces nouvelles logiques sans pour cela oublier son histoire.

## **I - 1 HISTOIRE ET PRESENTATION DE L'HOPITAL DE MONTFAVET :**

Dès 1681, c'est l'association des pénitents noirs de la miséricorde qui dans le département de Vaucluse avait pour mission de soigner et secourir les prisonniers, d'accompagner les criminels condamnés à mort jusqu'au lieu du supplice et enfin porter secours aux insensés.

---

(32) Ministère de l'emploi et de la solidarité « De la psychiatrie vers la santé mentale – rapport de mission – Juillet 2001 – Dr Eric PIEL – Dr J.L ROELANDT

Ces derniers étaient accueillis dans ce que je pourrais qualifier « d'ancêtre » de l'hôpital actuel, la tour de l'Auditeur, bâtisse construite dans le cœur d'Avignon. Au fil du temps, la tour de l'Auditeur fut trop exigüe pour recevoir de nouvelles personnes. Un autre projet fut proposé pour répondre aux nouveaux besoins, l'achat d'un domaine agricole proche d'Avignon. C'est l'ordonnance royale du 29 octobre 1839 qui autorisa l'acquisition de ce domaine connu sous le nom de Montdevergues. Plusieurs transformations et agrandissements successifs permirent dès 1856 l'installation de 463 personnes souffrant de maladie mentale. En 1862, la location puis l'achat d'une autre propriété contiguë à la première dénommée BEL AIR furent réalisées le 29 août 1866. Cet agrandissement permit de recevoir des personnes malades mentales du Vaucluse, des Basses Alpes, du Gard et des Alpes Maritimes.

Un autre domaine voisin « Sainte-Catherine » fut acheté le 18 septembre 1874 pour réaliser encore une fois un agrandissement dû principalement au fait que l'institution devenait un asile à vocation régionale et que le nombre de malades mentaux accueillis , devenait de plus en plus important : *1861 (463 malades), 1871 ( 753 malades), 1881 (1077 malades) , 1891(1292 malades ) et en 1901 ( 1514 malades )* (33) .

C'est dans ces mêmes lieux et sur ces mêmes terres que se trouve implanté le centre hospitalier de Montfavet, établissement de santé public qui a une mission de prévention, de soins en santé mentale et de réinsertion sociale auprès de la population du département de Vaucluse et du nord Bouches du Rhône. En 2001 la capacité globale du centre hospitalier est de 1298 lits et places. Il a pris en charge , pour la même année, 16 000 patients dont plus de 11 000 exclusivement en soins ambulatoires et a réalisé 290 500 journées d'hospitalisation.

Pour mener à bien sa mission, le centre hospitalier de Montfavet emploie 1945 agents et s'appuie sur son projet d'établissement.

---

(33) De la situation des aliénés dans le comtat Venaissin et dans le Vaucluse ( 1680 – 1901 ) P.DUHAMEL – Docteur en médecine – Montpellier – imprimerie SERRE et ROUMEGOUS – année 1903 – pages 81 et 82

## I – 2 LE PROJET D'ETABLISSEMENT :

Dès 1996, dans le cadre de son projet d'établissement, le centre hospitalier de Montfavet avait pris une orientation vers le secteur médico-social, en préconisant la création d'une deuxième structure: un CAT pour personnes handicapées par la maladie mentale. Une bonne orientation des personnes prises en charge dans les services de soins vers des structures adaptées était fortement présente à l'hôpital. Cette orientation s'est concrétisée par la création d'une maison d'accueil spécialisée ( MAS).

Le dossier présenté au comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS/PACA) fût agréé par ce dernier le 4 juillet 1997. L'ouverture de la MAS fut effective le 18 novembre 1997 suivant un canevas précis , soit :

- ✓ 2 unités de vie de 9 personnes à cette même date
- ✓ 1 unité de vie de 9 personnes le 1<sup>er</sup> avril 1998
- ✓ 1 unité de vie de 9 personnes le 1<sup>er</sup> octobre 1998
- ✓ et enfin la dernière unité de vie de 9 personnes le 1<sup>er</sup> Janvier 1999.

Nous avons souhaité aller plus loin et vérifier l'adéquation entre les prestations de soins et les attentes et besoins d'un certain nombre de malades , afin de faire évoluer les modes de prises en charge ou d'accompagnement . par la création de nouvelles structures médico-sociales et en particulier un CAT.

Dans un premier temps nous nous sommes appuyés sur des données théoriques liées au schéma de Wood, repris par l'organisation mondiale de la santé (OMS) , sur deux rapports dont l'un concernant l'évolution des soins en psychiatrie et d'une enquête d'estimation des besoins que nous avons réalisée en interne.

Dans un deuxième temps, le cadre éducatif et moi-même avons été les initiateurs d'un groupe de travail inter-disciplinaire à l'hôpital .

## II – PROCESSUS D' ELABORATION D' UN CAT DANS UN HOPITAL PSYCHIATRIQUE : UN CADRE DE REFERENCE THEORIQUE ET DOCUMENTAIRE

### II – 1 LE SCHEMA DE WOOD : UN MODELE DYNAMIQUE

Le clivage artificiel existant entre le sanitaire et le social dans la prise en charge des personnes dont le handicap résulte d'une affection psychique invalidante ne peut perdurer. Une démarche globale doit faire appel à une palette d'approches diversifiées et complémentaires tenant compte des divers registres de la maladie et ses conséquences, qu'il s'agisse de la déficience, de l'incapacité ou du désavantage social.

Les travaux de Phillip WOOD <sup>(34)</sup> repris par l'organisation mondiale de la santé , ont bien montré que le handicap résultait de la combinaison et de l'interaction de quatre composants :

- ◆ le processus morbide défini par le diagnostic,
- ◆ l'altération des fonctions des organes qui peut en découler , appelée déficience ;
- ◆ la limitations des gestes et actes élémentaires de vie ordinaire, appelée incapacité ;
- ◆ les limites dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal , dans la société et défini comme désavantage social.

En 1980, l'organisation mondiale de la santé (l'OMS) publiait une classification internationale des handicaps, faisant apparaître un modèle d'analyse de toutes situations de handicap, classiquement attribué à Phillip WOOD qui a depuis lors permis de clarifier et structurer la pensée sur la question du handicap : en France, notamment ce mode d'analyse a fondé les méthodes et inspiré la réglementation sur l'évaluation du handicap (guide barème) .

---

(34) P.WOOD, la classification internationale des handicaps, Paris, TNERHI/INSERM/PUF 1980.

Je vous propose de résumer le schéma de Wood à l'aide du tableau ci-dessous :

**Tableau n° 1 : Les plans d'expérience de Philip WOOD**

Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
<b>Maladie</b>	<b>Déficience (impairment)</b>	<b>Incapacité (disability)</b>	<b>Désavantage (disadvantage)</b>
<b>Exemple :</b>	<b>Atteinte fonctionnelle</b>	<b>Gêne fonctionnelle</b>	<b>Handicap social</b>
<b>Hémiplégie :</b>	<b>Ne peut lever le pied</b>	<b>Ne peut monter</b>	<b>Ne peut se rendre à</b>
<b>Lésion aïre</b>		<b>dans l'autobus</b>	<b>son travail</b>
<b>Frontale :</b>			

*Ainsi, selon le tableau n ° 1 ci-dessus :*

Le premier plan : est celui des maladies , des anomalies génétiques ou des traumatismes.

Le deuxième plan : la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique . Elle correspond à l'aspect lésionnel.

Le troisième plan : l'incapacité correspond à toutes réductions résultant d'une déficience partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain . Elle correspond à l'aspect fonctionnel de la situation de handicap, au niveau de la personne, dans toutes ses composantes physiques ou psychiques.

Le quatrième plan : le désavantage social pour un individu donné 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). Le désavantage (et donc la situation concrète de handicap) résulte de l'interaction entre la personne porteuse de déficiences ou d'incapacité et son environnement. Il peut être temporaire ou permanent, réversible ou non, progressif ou régressif.

Les plans 2,3 et 4 sont étroitement liés, mais pour autant leur intensité respective n'est pas nécessairement comparable et peu varier considérablement

d'une personne à l'autre, en fonction de son histoire et de son environnement notamment, mais aussi pour une même personne, varier dans le temps.

Il semble qu'une définition pertinente du schéma de WOOD a été donnée dans le préambule du guide méthodologique – santé mentale « dépassant un point de vue figé sur le handicap, un projet de redéploiement vers le secteur médico-social devrait prendre en toile de fond la définition de WOOD et l'éclairage dynamique qu'elle apporte pour concevoir une structure intégrant la spécificité et la complémentarité des deux champs» (35). Cette perception du handicap sera très présente tout au long de l'élaboration de notre futur projet de création d'un CAT.

## **II - 2 RAPPORT DE LA MISSION D'APPUI SUR LES CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL :**

La lecture de ce rapport (36) nous éclaire sur certaines dérives liées à la non maîtrise des coûts et des besoins en financements par rapport à un cadre budgétaire, sur des rapports mal maîtrisés entre les établissements et les services déconcentrés de l'Etat ( DDASS) . L'ensemble de l'analyse contenue dans ce rapport est largement d'inspiration financière, comptable, budgétaire et de contrôle. D'ailleurs, l'architecture des propositions et des solutions proposées s'articule autour de la mise en place de nouveaux outils , tels que :

- mise en place d'un cadre de référence permettant de situer chaque CAT – efficacité de gestion – transparence de l'activité – performance économique et sociale .

---

( 35) Ministère de l'emploi et de la solidarité – santé mentale – SICOM  
n° 01037/1 Paris – guide méthodologique – Janvier 2001 – page 5

( 36) Rapport élaboré par un collectif d'auteurs, habituellement désigné comme le rapport BOULANGER – Inspecteur général des affaires sociales – lettre de mission du 3 août 1994 de la direction de l'action sociale.

- guide de négociations des clés de répartition entre section sociale et section commerciale.
- outil et guide de contrôle permanent des dépenses du personnel.
- proposition de mise en œuvre d'un outil permettant à la tutelle de détecter les situations anormales et de négocier les dotations globales.
- financement des CAT.
- un guide de contrôle budgétaire qui rappelle que la comptabilité des CAT doit respecter les obligations prévues par le plan comptable général.

## **II - 3 RAPPORT : EVOLUTION DES SOINS EN PSYCHIATRIE ET DE LA REINSERTION DES MALADES MENTAUX :**

Ce rapport fût réalisé en Mars 1995. Il met en exergue des données sur le dispositif des soins psychiatriques : le nombre de lits , de places, de secteurs psychiatriques et d'établissements. Il aborde (page 16 à 21 ) l'évolution positive de la place de la psychiatrie, de son personnel, des équipement et des services. Une grande place fut réservée dans le rapport à la problématique de la réinsertion des malades mentaux (pages 23 à 40). Il nous propose un inventaire très exhaustif de la législation et de la réglementation d'action sociale et d'insertion des personnes handicapées .

Il précise les problèmes plus spécifiques des personnes qui souffrent d'une pathologie mentale : « ils sont la résultante de plusieurs facteurs intriqués – difficultés liées aux processus mentaux eux-mêmes, contextes économiques peu favorables, il prend en compte également les changements intervenus dans l'organisation sociale, notamment la mutation des modèles familiaux et communautaires qui tend à privilégier les aspirations de chaque individu au premier chef, sans oublier que les exigences de chacun comme celles de la collectivité évoluent » ( 37 ).

---

( 37 ) Rapport élaboré par un collectif d'auteurs, dont le rapporteur fut Mme Claudine PARAYRE – Médecin inspecteur de santé publique – Direction générale de la santé.

Je constate que les personnes souffrant d'un handicap par la maladie mentale cumulent un certain nombre de problèmes, tels que : dans le cadre de leurs relations familiales et sociales , souvent la personne n'a pas ou peu d'environnement familial. A ce probable isolement affectif, s'ajoute un isolement social puisque très peu ont un emploi et donc très peu de lien social.

En ce qui concerne les ressources financières : elles semblent pour beaucoup de personnes réduites au fait de percevoir l'AAH, d'autres personnes handicapées perçoivent diverses ressources pensions d'invalidité, ou sont à la charge de leur famille.

Sur le plan de l'habitat, on note la difficulté d'accéder à un logement personnel dans les centres urbains en raison du manque d'une offre adaptée et surtout du coût des loyers. L'obtention de certaines aides au logement n'est pas toujours simple à obtenir en fonction des critères définis pour leur attribution. Cette insuffisance est toujours présente malgré l'effort associatif actuel et des services d'accompagnement socio-éducatif.

Dans le domaine de l'emploi par rapport à une insertion professionnelle : on relève un contexte défavorable lié non seulement au chômage mais aussi la survalorisation de la compétitivité et l'exacerbation des rythmes de travail. De plus, ce contexte est renforcé par l'application malaisée des dispositions législatives concernant l'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire du travail.

Ce rapport souligne la difficulté particulière de prise en charge des personnes handicapées par la maladie mentale, tant dans les ateliers protégés , qui recrutent peu , que dans les CAT, dans la mesure où ces institutions ont des contraintes propres de fonctionnement parfois trop rigides vis à vis de ces personnes. Parallèlement, les équipes pluridisciplinaires du centre hospitalier se trouvent face à des difficultés d'accompagnement d'une population chronicisée, exclue d'un système d'insertion. En vue de trouver des solutions appropriées à une insertion socioprofessionnelle de personnes handicapées par la maladie mentale, la direction du centre hospitalier décide de faire une enquête interne pour évaluer les besoins ainsi que la mise en place d'un groupe de travail pour réfléchir à la création d'un CAT .

## **II – 4 ENQUETES ET ETUDES REALISEES EN INTERNE POUR EVALUATION DES BESOINS :**

Avec l'accord des praticiens hospitaliers chefs de service, les assistantes sociales ont travaillé avec les équipes de soins afin de faire un recensement minutieux des besoins en matière de réadaptation ou d'insertion professionnelle dans l'établissement.

Ont été examinés les cas des malades hospitalisés à temps plein mais aussi ceux des malades suivis dans les secteurs ( hôpitaux de jour, hospitalisation à domicile, Centres médico-psychologiques).

Les secteurs 4, 7 , n'ont pas fourni d'éléments dans un premier temps, et l'étude a été poursuivie sur la base des besoins exprimés par les secteurs 1,2,3,5 et 6 – qui justifiaient à eux seuls la poursuite de l'étude. Ce recensement des besoins fût affiné par la différenciation des patients concernés en fonction de leur suivi : patients en hospitalisation temps plein, patients en hôpital de jour ou suivis dans le cadre des activités de secteur.

L'enquête précise aussi que certains patients ont été classés dans la catégorie « Foyer occupationnel » d'autres en catégorie « Centre d'aide par le travail » et d'autres encore en catégorie « Atelier protégé ». Début 1996, si l'on tient compte de ces trois orientations, le potentiel de patients relevant de structures de travail protégé , se déclinait comme suit :

Secteur 1	= 15 personnes	Secteur 5	= 14 personnes
Secteur 2	= 14 personnes	Secteur 6	= 17 personnes
Secteur 3	= 9 personnes	Secteur 7	= 8 personnes
Secteur 4	= 11 personnes	Secteur 27	= 4 personnes

Soit un total de 92 personnes handicapées par la maladie mentale titulaires ( ou en voie de l'être ) d'une notification COTOREP et sans prise en charge adaptée. De cet ensemble, 69 personnes peuvent relever d'une prise en charge en CAT :

- 30 personnes sont titulaires d'une notification COTOREP, ou en voie de l'être et ne trouvent pas de place en CAT, ( 14 d'entre elles ont été en situation d'échec lors d'une période d'essai dans des CAT de la région ).

- 12 personnes ont obtenu une notification COTOREP qui doit être renouvelée.

- 3 personnes sont en attente de décision de la COTOREP.

- 18 personnes ne font pour l'instant, l'objet d'aucune demande compte tenu du nombre de cas qui bénéficiant d'une notification ne trouvent pas de place en CAT.

- 6 personnes ont une orientation atelier protégé.

En conclusion, on peut dire que ce travail de recensement des besoins des personnes handicapées nous confirme que beaucoup d'entre elles bénéficient d'une orientation CAT . La plupart de ces personnes réside en Avignon ou sur le Grand Avignon. Cette analyse conforte le projet de créer un CAT.

Dans le même temps, à la demande de la DDASS , et en partenariat avec la commission départementale de l'éducation spéciale ( CDES) cette étude fût prolongée à propos de populations relevant de l'éducation spéciale, prises en charge en Institut médico-éducatif (IME) principalement du Vaucluse, et en particulier sur les jeunes adultes bénéficiant de l'amendement CRETON <sup>(38)</sup> et l'ensemble des sortants d'IME qui pourraient bénéficier de stages ou d'accueil en CAT dans la mesure où le DDASS de Vaucluse nous a demandé de réserver 25 % des places du futur CAT à des personnes relevant d'un handicap lié à la déficience intellectuelle.

Les résultats ont été les suivants pour 12 IME ( 7 dans le Vaucluse et 5 hors département).

---

(38) Amendement CRETON – Art. 22 de la loi n° 89-18 du 13.01.89 portant diverses mesures d'ordre social.

**Tableau n° 2 – Etude population IME**

<b>Classe d'âge</b>	<b>Effectif</b>	<b>Entrants probables au CAT</b>
Nés en 1978	15	9
Nés en 1979	32	19
Nés en 1980	48	29
Nés en 1981	38	23
Nés en 1982	52	31
Nés en 1983	41	25

C'est donc 136 personnes handicapées par une déficience intellectuelle qui se trouvent en attente d'une possible prise en charge en CAT, parmi lesquelles 12 personnes relèvent de l'amendement CRETON .

De plus cette étude fait émerger deux constats, à savoir :

- Le premier , c'est 228 personnes handicapées qui devront à court et moyen terme faire l'objet d'une prise en charge adaptée.
- Le second , concernant les 92 personnes issues des secteurs psychiatriques, un certain nombre d'entre elles avaient subi un échec lors de leur placement dans les CAT de Vaucluse , dans la mesure où ces établissements n'étaient pas ou peu préparé à la prise en charge de personnes handicapées par la maladie mentale.

Afin d'apporter à ces dernières un espoir de changement dans leur existence et leur permettre de passer d'une situation de « chronicisation » à une trajectoire dynamique d'insertion individualisée dans le champ du travail protégé , la création d'un CAT destiné principalement à la prise en charge de personnes handicapées par la maladie mentale se justifiait pleinement.

## **II - 5 ARTICULE AVEC UNE DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE :**

### **Création d'un groupe de travail interdisciplinaire :**

L'ouverture d'un CAT au sein d'un hôpital psychiatrique public a nécessité un travail commun au sein d'un groupe interdisciplinaire afin d'affirmer les différents éléments du projet et de lever des résistances rencontrées auprès de certains acteurs hospitaliers , c'est à dire qu'une partie des personnels hospitaliers (médecins, infirmiers, paramédicaux) percevaient la création de structures sociales ou médico-sociales comme l'expression d'une prise en charge « médicale » au rabais. De plus, ils pensaient que la diminution des moyens de la psychiatrie (fermeture de lits, absence de recrutements, peu ou pas d'investissements financiers ) serait accentuée par la création de structures sociales ou médico-sociales d'origine hospitalière. D'autres agents prétendaient que les prises en charge éducatives développées au sein de ces structures n'auraient rien à voir ni de près ni de loin, avec leur propre formation psychiatrique. Enfin, à leurs yeux, il ne rentrait pas dans les missions de la psychiatrie publique de prendre en charge ces personnes handicapées. Ces dernières devant être prises en charge , suivant leurs affirmations, par des structures associatives.

La démarche suivie lors de l'étude du dossier a été constituée de quatre étapes :

- ◆ Première étape : Conduire divers entretiens : une soixantaine d'entretiens ont eu lieu entre les médecins ou les membres des diverses catégories socioprofessionnelles de l'hôpital , le cadre éducatif et moi-même. Ces entretiens , au-delà des échanges et de l'émergence des idées qu'ils ont suscités, ont permis de former un groupe de travail dont l'objectif transversal était de faire évoluer les représentations, construire un objet commun de travail pour créer une culture commune autour de lui, gage d'un facteur de réussite.
- ◆ Deuxième étape : Le groupe de travail constitué œuvrera dans trois directions : évaluer les besoins, approfondir un certain nombre de thèmes listés et reconnus comme fondamentaux, rédiger les documents juridiques et budgétaires requis par l'élaboration du projet.

Ce groupe de travail que j'animais principalement , était composé de 20 personnes très motivées représentant les diverses catégories socioprofessionnelles de l'établissement . Il comprenait : certains directeurs adjoints composant l'équipe de direction du CHM, le président de la commission médicale de l'établissement, des praticiens hospitaliers chefs de service, des surveillants chefs , des cadres socio-éducatifs, des cadres infirmiers, des infirmiers, des ergothérapeutes, des assistantes sociales, des éducateurs spécialisés , mon adjoint et moi-même.

Ce groupe de travail avait pour objectifs de créer une culture professionnelle commune et de développer un intérêt collectif aux divers travaux de synthèses.

Il s'est réuni les 7 et 24 juillet, 18 septembre, 21 décembre 1995 et le 11 janvier 1996. Le groupe a centré sa réflexion sur de très nombreux thèmes. Les plus importants sont les suivants : prise en compte de la valeur travail dans la prise en charge thérapeutique, notion de droit du travail pour les personnes handicapées, notion de rapport à l'argent, adéquation entre les types de pathologies et les possibilités d'activités professionnelles, les paliers d'insertions, la notion de rythme de travail et de capacité de production.

Le groupe de travail a souligné la nécessité de maintenir des articulations possibles entre l'ergothérapie, les ateliers thérapeutiques et le CAT . Enfin, il a précisé les cadres juridiques, budgétaires et réglementaires, permettant l'organisation et le fonctionnement d'un CAT.

- ◆ Troisième étape : Rechercher et regrouper les textes réglementaires actuellement en vigueur en France et en Europe et diverses études concernant l'emploi et la réinsertion socioprofessionnelle des personnes handicapées.
- ◆ Quatrième étape : Visite de CAT d'initiative hospitalière, spécifique à l'emploi des personnes handicapées par la maladie mentale ayant une antériorité de fonctionnement soit :
  - Le CAT « Peyreficade » Montpellier , initiative du Centre Hospitalier Universitaire la Colombière.

- Le CAT « La Manade » initiative du Centre Hospitalier Valvert, Marseille.
- Le CAT « St Joseph » initiative du Centre Hospitalier privé de Privas.
- Le CAT « Les ateliers du CERS » initiative du Centre Hospitalier privé de Limoux.

Ces visites ont permis au groupe de travail de se persuader de la faisabilité et de la grande utilité de la réalisation de ce projet .Tous les CAT visités étant d'une grande efficacité en matière d'autonomisation et d'insertion socioprofessionnelle des personnes qu'ils prennent en charge.

Sur un autre plan , des représentants du groupe de travail et en particulier mon adjoint et moi-même, avons multiplié les contacts avec l'extérieur pour recueillir les suggestions des partenaires oeuvrant dans le champ de l'insertion. De plus, une fois par mois nous rendions compte de nos travaux au directeur de l'hôpital qui arbitrait certaines situations en les validant ou pas.

C'est ainsi que des rencontres ont eu lieu avec la COTOREP (présentation de notre projet, échanges d'informations des listes d'attente,) la DDTEFP (problématique liée au versement du complément de rémunération), l'AGEFIPH , la mission locale jeune d'Avignon, Handi-talents, l'union patronale de Vaucluse (recherche d'entreprises intéressées pour travailler avec le CAT ), divers CAT du Vaucluse, du Gard, des Bouches du Rhône (mieux appréhender les fonctionnements), l'antenne vauclusienne de la fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion (FNARS ) , les groupements d'aide par le travail de Marseille ( possibilité d'avoir des marchés groupés pour le CAT) la mairie de Montfavet, la Ville d'Avignon (présentation aux élus de notre dossier) et divers offices d'HLM (recherche de logements pour nos futurs travailleurs handicapés).

### **III– UN CAT DANS L' HOPITAL DE MONTFAVET :**

Cette structure de travail protégé présente la particularité et la spécificité d'être une expérience pensée et proposée par une équipe hospitalière pluridisciplinaire pour des personnes souffrant de troubles mentaux.

Des conventions de fonctionnement (financières, logistiques, du domaine médical) seront établies entre le Centre Hospitalier de Montfavet et la structure médico-sociale.

Le CAT sera un établissement annexe non doté de la personnalité morale et très fortement marqué par des préoccupations spécifiques à l'aide à la Santé Mentale. Sa vocation sera de prendre en charge principalement d'anciens patients stabilisés de l'hôpital.

Toutes les instances propres au centre Hospitalier sont compétentes pour le CAT « l'Epi ». Seule la commission médicale d'établissement n'entre pas dans ce champ. Toutefois, les conditions de fonctionnement, de prises en charge et de procédures énoncées aux lois du 30 Juin 1975 seront respectées pour préserver l'identité de ce secteur médico-social. Il faut pourtant insister sur la nécessité d'un fonctionnement indépendant de ce CAT car il est une entreprise de production, et, à ce titre, doit être autonome et observer des règles appropriées au secteur du travail protégé : règles de délai en matière de livraison, exigence d'une qualité constante et fiable, compétitivité des prix et rapport *qualité/prix* favorable vis à vis du marché.

Le CAT doit dégager des bénéfices pour générer son auto investissement afin d'améliorer et de diversifier son outil de production et assurer une rémunération maximale à ses travailleurs handicapés.

De plus une souplesse de fonctionnement du CAT vis à vis des futurs travailleurs handicapés sera nécessaire afin d'adapter l'outil de production à leurs besoins, dans le cadre des objectifs fixés.

Cette souplesse comprend deux dimensions :

- Trois niveaux de formation professionnelle et d'autonomisation de la personne sont prévus, entre lesquels chaque travailleur handicapé peut « naviguer » en fonction de son état de santé.
  - 1<sup>er</sup> niveau : voisin de l'ergothérapie, quoique supérieur
  - 2<sup>ème</sup> niveau : ce niveau exige un rythme de travail régulier, soutenu, associé à un bon niveau de productivité.
  - 3<sup>ème</sup> niveau : niveau exigeant une véritable qualification dans un domaine donné qui se traduit par un travail quasiment comparable à celui qui prévaut en atelier protégé.
  
- La coexistence de deux catégories de production :

- Des travaux de sous-traitance et des travaux correspondant à une ou plusieurs productions propres, seront de nature à permettre à chaque travailleur handicapé de trouver une activité à sa juste mesure, dans ses compétences et ses aspirations. Au démarrage du CAT, la sous-traitance comprendrait des activités de conditionnement « hors murs » et un atelier « espaces verts ».
  
- D'autres pistes de réflexion seront ensuite travaillées :
  - atelier de culture de plantes
  - atelier mécanique effectuant des vidanges moteur (pour le parc automobile de l'hôpital de Montfavet )
  - travail du bois (confection de caissettes pour fruits et légumes, vins)

Cette souplesse sera aussi présente dans les activités de soutien qui comprendront :

*a. Activités de soutien de proximité liées au travail :*

Les différentes notions de soutien, activité professionnelle et extraprofessionnelle se recouvrent en partie. Il va de soi que les soutiens du premier type, qui rentrent sous la notion large d'activités professionnelles au côté des activités proprement productives, sont ceux qui concourent à la mise au travail : formation, préparation du travail, éducation gestuelle, encadrement technico-éducatif permanent réalisé par les futurs moniteurs d'atelier.

*b. Activités d'éveil, activités culturelles et soutiens socio-éducatifs :*

Il sera organisé des activités d'éveil. La présence de déficients intellectuels dans cet établissement renforce la nécessité d'un maintien des acquis scolaires de base, facteurs d'éveil intellectuel. Des séances d'apprentissage ou de perfectionnement de l'écriture, de la lecture, du calcul, seront organisées en s'appuyant sur les centres d'intérêt des travailleurs (bulletins de paie, cotisations sociales, assurances, transport, logement, etc). Les loisirs, le sport, le cinéma permettront de développer des activités culturelles indispensables à l'épanouissement global des travailleurs. Des liens seront mis en place entre les deux types de soutien par un travail en commun des équipes éducatives.

Dans ce domaine, un conventionnement avec le Centre Hospitalier de Montfavet pourrait ouvrir la possibilité d'utiliser les infrastructures hospitalières.

L'éducateur spécialisé prendra en charge la mise en œuvre du projet de soutien socio-éducatif, ainsi que les activités d'éveil. Le principe est posé de la continuité du souci éducatif en liaison avec les équipes de soins qui effectuent un accompagnement sur les secteurs psychiatriques.

Le groupe de travail réclame aussi une souplesse dans la phase d'installation du futur CAT .

Enfin, des liaisons privilégiées seront développées avec le Centre Hospitalier de Montfavet dans les domaines médicaux, logistiques et avec le Comité Hospitalier soit :

- En matière d'assistance médicale à la structure, un médecin hospitalier effectuant une vacation par semaine au CAT qui remboursera les frais ainsi engagés à l'hôpital. Chaque travailleur, par ailleurs, reste libre de se faire suivre médicalement par le médecin de son choix, hospitalier ou de pratique libérale.
- Avec le Comité Hospitalier et les services d'ergothérapie, des articulations peuvent être trouvées dans le cadre d'une entente commune, laissant à chaque acteur, son domaine propre d'intervention et sa dynamique.
- Conventions : des conventions de prestations de service seront passées entre le Centre Hospitalier de Montfavet et le CAT à titre onéreux, dans les domaines de la livraison des repas, de l'entretien du linge et des véhicules de service.

Sur le plan juridique, le CAT sera un établissement médico-social public, créé par le Centre Hospitalier de Montfavet. Sa gestion comptable et financière se fera sous la forme d'un budget annexe au budget principal de l'hôpital. Le CAT se dénommera CAT «L'EPI», «E.P.I» voulant dire « Etablissement Public d'Insertion ».

### **III – 1 LA PRISE EN COMPTE DE LA MALADIE MENTALE PAR LE CAT :**

La maladie mentale se relève fréquemment au moment de l'adolescence ou à l'âge adulte, voire dès l'enfance . Elle atteint très souvent des personnes ayant connu un développement normal et jouissant de facultés intellectuelles satisfaisantes, voire dans certains cas, supérieures à la moyenne.

Une grande partie de ces personnes présentent néanmoins des troubles du jugement ou du comportement qui ne leur permettent pas de mener une vie normale ou d'acquérir un degré suffisant d'autonomie.

De plus, les maladies mentales sévères, à évolution chronique, enchaînent des handicaps importants essentiellement d'ordres psychosociaux.

Le caractère évolutif des pathologies mentales cliniques font que ces personnes handicapées ne sont jamais fixées. Leur évolution dans le temps peut se faire dans les deux sens :

#### **AGGRAVATION / REDUCTION**

Les stabilisations obtenues ne sont jamais définitivement acquises. C'est dans ce sens que les travailleurs handicapés du C.A.T. de l' EPI sont largement suivis, tant par les équipes éducatives de l'Etablissement, que par les équipes psychiatriques des secteurs. Cette relative stabilité obtenue chez les sujets souffrants de maladie mentale rend nécessaire ce double suivi et le maintien de soins actifs. Cela exige des équipes soignantes qu'elles développent une politique de prévention des rechutes.

En règle générale on a tendance à diviser les maladies mentales en deux groupes : les névroses et les psychoses (40), bien que certains thérapeutes pensent encore à ce jour qu'il pourrait s'agir de degrés ou de symptômes différents d'une même maladie :

- Les névroses sont des affections de la personnalité dans lesquelles les problèmes affectifs prennent une importance majeure. Elles n'altèrent pas fondamentalement le contact avec la réalité. Les troubles du comportement qu'elles déterminent sont en général mineurs ; mais ils peuvent se traduire

par des affections physiques dont il n'est jamais facile de dire si elles sont la cause ou l'effet des névroses.

- Les psychoses et notamment la schizophrénie , sont essentiellement caractérisées par une profonde perturbation de la pensée et des sentiments, ainsi que par la perte de contact avec le réel. Ses manifestations les plus spectaculaires sont le délire, les hallucinations et un comportement considéré comme « déviant » dans la plupart des cas, les personnes qui sont touchées par une psychose n'ont pas conscience de leur état. Ces troubles peuvent provoquer la perte des acquis et de l'autonomie.

Toute affirmation sur leur origine et leur lien avec certaines conditions de la vie du malade peut être hasardeuse. Dès le début du 20<sup>ème</sup> siècle, on a découvert que la schizophrénie et la maladie maniaco-dépressive frappaient surtout certaines familles ; l'interprétation cependant restait difficile ; des chercheurs se penchèrent sur la question, mais il n'est toujours pas possible, à ce jour, de lier de façon absolue identité génétique et risque face à la maladie. Certains facteurs liés au milieu ou certaines interactions -gènes / milieu- semblent déclencher la maladie chez les sujets prédisposés. Sans chercher à rentrer dans les détails symptomatiques, selon les diagnostics, la maladie mentale peut être : l'anxiété pathologique, la dépression, l'état maniaque, la bouffée délirante aiguë, la schizophrénie chronique ou encore le délire paranoï aque.

Cet éclairage des conséquences de la maladie mentale sur la personne handicapée vient renforcer la nécessité d'intégrer cette dimension dans le projet d'établissement et d'affirmer clairement quel sera le profil des futurs travailleurs handicapés accueillis au sein du CAT « l' EPI ».

---

(40) Document UNAFAM, les maladies mentales aujourd'hui, décembre 1997

### **III – 2 DU TRAVAIL DE SYNTHÈSE AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT DU CAT :**

Les documents de synthèse que nous avons produits avec le groupe de travail interdisciplinaire nous furent très précieux pour rédiger le contenu du projet d'établissement du CAT . Ils sont venus enrichir ma réflexion alternative sur les questionnements suivants :

Quels sont les champs que je doit investir pour concrétiser cette évolution du mode d'accompagnement des travailleurs handicapés ? Quelles sont les nouvelles pratiques professionnelles souhaitées dans le CAT ? Quelles sont les activités à créer ? Quels sont les enjeux institutionnels par rapport à l'hôpital ? Quelle stratégie dois-je développer pour apporter une prise en charge adaptée aux personnes qui seront accueillies au sein du CAT « L' EPI » ?

L'ensemble de cette réflexion partagée nous a permis de rédiger et de proposer au directeur de l'hôpital le projet d'établissement du CAT l'EPI.

Pour nous, il a s'agit davantage de transcrire et de structurer ce que nous étions véritablement en mesure d'apporter aux futurs usagers du CAT . En ce sens, le projet d'établissement est devenu une construction évolutive émanant d'un ensemble de connaissances objectives. De plus, le projet contient une vision globale de la prise en charge, c'est à dire la trajectoire de l'établissement dans la durée, la garantie pour l'ensemble des travailleurs handicapés d'une prise en charge individualisée . Sur ce dernier point, si l'utilisateur est au cœur du dispositif le projet d'établissement apparaît quant à lui au cœur de l'action et de l'évaluation. Pour préparer cette dernière , nous avons listé le contenu des prises en charge, fait l'inventaire des premiers équipements, de leur évolution dans le temps en indiquant les améliorations, transformations ou adaptation que nous souhaitons pour rendre possible des organisations institutionnelles quotidiennes . Nous avons précisé le rôle du conseil d'établissement auquel se substituera le futur conseil de la vie sociale (cf. page 18) en rappelant que bien que ce dernier soit consultatif, dès sa mise en place qu' il serait pleinement associé à l'évolution du projet d'établissement.

Directeur du CAT, je pense que notre projet décrit ce que l'établissement souhaite faire, à quoi il veut servir où il veut aller dans le temps et plus

généralement quel est le sens de sa création, de son développement et de l'action de ceux qui y travaillent. Le projet fut entériné par la direction de l'établissement en Septembre 1998. En complément à ce dossier, nous avons, par la suite, élaboré le dossier CROSS. Il fut présenté et défendu devant cette instance régionale en Décembre 1998. Le CAT « L' EPI » fut agréé par Monsieur le Préfet de région Provence Alpes Côte d'Azur, le 21 janvier 1999 pour une capacité de 45 places .

### **III – 3 LES FUTURS TRAVAILLEURS DU CAT :**

L'enquête réalisée en interne (cf. page 49), démontre qu'un nombre important de personnes suivies par les secteurs de psychiatrie se retrouve avec un statut particulier de « patients stabilisés ». La plupart d'entre eux sont pourtant titulaires d'une orientation COTOREP, préconisant une orientation en CAT. La vérité pour ces personnes, est qu'elles se retrouvent, pour la plus grande partie sans prise en charge adaptée et sans établissement pour les accueillir. Le CAT « L' EPI » accueillera en priorité des femmes et des hommes adultes présentant un handicap psychique avec ou sans troubles associés.

Ces futurs travailleurs du CAT devront être connus et suivis par l'hôpital de Montfavet. Pour eux , le CAT devra proposer une prise en charge qui permettra d'éviter toute rupture brutale avec les équipes soignantes et en particulier devra faire respecter les traitements médicamenteux prescrits à ces travailleurs par le corps médical hospitalier. Sans ce suivi spécifique, la personne handicapée verrait diminuer fortement ses chances de réinsertion sociale et professionnelle.

Par rapport aux 45 places agréées, le CAT s'engage à conserver 75 % de son potentiel d'accueil pour des personnes issues de la psychiatrie ; les 25 % de places restantes seront destinées à accueillir des personnes dont le handicap relève de la déficience intellectuelle .

## CONCLUSION PARTIELLE

La mise en place du groupe de travail interdisciplinaire et l'intérêt de ce diagnostic avait trois finalités . La première était de faire une relecture du projet d'établissement de l'hôpital pour y intégrer l'émergence du champ médico-social. Cette relecture devait nous permettre de mieux appréhender la dimension collective des actions à conduire ainsi que les modalités de coordination entre l'ensemble des acteurs dans un souci de cohérence des cultures professionnelles présentes ( culture soignante, culture éducative, culture extrinsèque). La seconde était de faire apparaître une nécessaire obligation de décloisonnement interne et externe afin de mieux rassembler l'investissement du personnel tant sur la nature et la qualité des missions que sur les nouveaux services rendus à l'usager. La troisième fut de consolider ce nouveau collectif dans un partage des valeurs éthiques qui fondent celles de service public de l'hôpital de Montfavet : égalité, laïcité, non discrimination continuité, adaptabilité, dignité, intégrité et confidentialité. Ainsi que le définit , Ph. CHOUPIN « l'éthique est ce que l'on fait avec un sens . .....c'est à dire que l'éthique élève le débat sur tout ce qui concerne l'homme. En questionnant l'homme elle fait appel aux ressources humaines, celles qui lui sont spécifiques, c'est à dire la pensée , l'intelligence, le cœur, la parole, la liberté de choix, la foi. Il est donc indispensable que toute action sociale soit soutenue par une croyance, par une éthique » (41).

Les trois finalités ont atteint globalement les résultats recherchés , celui de faire vivre des projets différents. Le projet d'établissement de l'hôpital qui reste le cadre référentiel de l'ensemble de ces missions, mais aussi celui de chaque structure sociale ou médico-sociale qui impulse des projets complémentaires et de nouvelles priorités éducatives à développer en direction des personnes handicapées par la maladie mentale.

---

(41) Ph.CHOUPIN « polyhandicapés » : à propos d'éthique – CREAL – éthique et professionnel de l'action social et médico-sociale – au fil du mois numéro spécial, page 5 , novembre 1999.

## ***TROISIEME PARTIE***

# **CONSTRUIRE UN PROJET DE DIRECTION DE CAT, CENTRE SUR UNE STRATEGIE D' INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE DU TRAVAILLEUR HANDICAPE**

Je vais dans cette troisième partie, vous rendre compte des conditions de montée en charge du CAT « l' EPI » dans sa forme actuelle et de la stratégie que j'ai mis en place pour consolider la structure dans la cohérence des pratiques professionnelles et la valorisation des partenaires. Cette stratégie ayant pour but d'apporter des réponses pertinentes à la problématique posée : passer d'une logique de prise en charge sanitaire à une insertion socioprofessionnelle de la personne handicapée.

La période de création fut porteuse d'une certaine « euphorie » professionnelle de l'ensemble des acteurs (personnels d'encadrement, travailleurs handicapés, partenaires). Elle fut très bénéfique pour bien amorcer la mise en place des finalités de l'établissement : l'insertion socioprofessionnelle du travailleur handicapé par la maladie mentale.

Directeur du CAT « l' EPI », je me dois de continuer à poser et expliciter une stratégie claire qui doit permettre une bonne lisibilité des missions de la structure. En interne, cette stratégie s'articule autour de la mise en place de dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles, par un suivi dynamique du projet individualisé et de la notion de référent. En externe, elle prendra sens au travers d'une communication transversale que j'ai mis en place, du maintien de la mobilisation des personnels qui nécessitera de prendre en compte la participation, l'information, les délégations, la valorisation des salariés et des travailleurs handicapés. J'expliquerai l'ensemble de ma stratégie dans les chapitres suivants :

## **I – OUVERTURE DU CAT « L' EPI » :**

Pour la mise en place concrète du CAT « l' EPI », des négociations ont eu lieu avec la DDASS de Vaucluse, qui bien que très favorable à notre projet, ne pouvait pas financer la totalité des places dès l'ouverture de la structure. En fonction de ses propres impératifs budgétaires, elle nous proposa un calendrier de financement des places étalé sur 14 mois.

L'ouverture du CAT « l' EPI » a eu lieu le 3 mai 1999 soit, 4 mois après notre agrément. Pendant cette période nous avons continué, le cadre éducatif et moi-même, un travail transversal mis en place avec les services d'ergothérapie de

l'hôpital. Ces derniers devant se substituer au CAT comme terrain de stage des candidats qui souhaitaient être accueillis par la structure de travail protégé.

Nous avons initié cette solution pour deux raisons, la première : le CAT n'avait pas encore de personnel qualifié ( moniteurs d'atelier) puisque en cours de mutation ou de recrutement, de plus, le CAT n'était pas doté à ce moment là, de locaux lui permettant de recevoir les stagiaires dans de bonnes conditions. La seconde participait plus de l'analyse que nous avons fait des dossiers de candidatures qui mettaient en exergue que de nombreux postulants, dans un passé plus ou moins récent, avaient suivi un ou des stages proposés par les services de l'ergothérapie.

Le contenu professionnel des stages était en adéquation avec les activités que nous entendions créer et développer, dans les deux premiers ateliers : *Conditionnement de petit matériel et Activités espaces verts*. Sur cette même période (février, mars et avril 1999) 37 personnes ont été reçues en stage, 14 personnes n'ont pas pu continuer soit, en raison de leur état de santé, soit parce qu'elles éprouvaient de nombreuses difficultés au rythme du stage.

Les 23 personnes qui ont suivi la totalité du stage ( deux semaines ) ont eu le choix de le réaliser dans une seule activité ou alors de passer une semaine dans chacune des activités proposées. Le résultat fut le suivant : 10 personnes avaient des compétences ou souhaitaient rejoindre les ateliers espaces verts, 13 personnes avaient des compétences ou souhaitaient rejoindre des activités de conditionnement. Pour chacun des stagiaires, les professionnels de l'ergothérapie, au travers de grilles d'appréciations mises en place en commun, nous firent part de leurs observations.

Ce travail d'évaluation fut repris avec chaque personne lors de nos entretiens préalables à l'entrée au CAT . Il nous permettait d'aborder les points faibles et les points forts de chacun des candidats et devenait pour l'équipe d'encadrement, les premiers éléments des projets personnalisés qui seront développés pour chacune des personnes handicapées accueillies au CAT.

C'est à partir de ces éléments que nous avons pu composer les deux premières équipes de travailleurs handicapés qui allaient avec nous expérimenter l'organisation décrite dans le chapitre suivant.

## **I – 1 DANS L'HOPITAL UNE ORGANISATION HETEROCLITE DU CAT :**

Du 3 mai 1999, date d'ouverture du CAT, au 1<sup>er</sup> janvier 2002, date de son déménagement du cœur de l'hôpital pour une installation dans ses propres locaux en centre ville d'Avignon, l'ensemble de l'organisation administrative, la prise en charge développée et une partie de notre production, se sont déroulées dans des bâtiments divers que l'hôpital loua au CAT .

Une des difficultés structurelles était que ces locaux se trouvaient éloignés les uns des autres. De plus, ils étaient de conception architecturale hospitalière et donc pas forcément prévus pour y installer une production de type, semi industrielle. Par exemple : l'atelier de conditionnement interne fut d'abord installé dans une salle qui nous servait aussi de lieu de réunion, concomitante aux deux bureaux qui symbolisaient l'entité CAT au sein de l'hôpital. Par la suite, j'ai pu négocier avec le directeur de l'hôpital la location d'un appartement de fonctions (non occupé) pour y installer cet atelier au rez-de-chaussée. Une cuisine et une salle à manger furent installées, elles permettaient à l'équipe de prendre ses repas sur place, compte tenu de l'éloignement des locaux précédents.

Les ateliers espaces verts, avaient accès à deux installations, l'une qui servait d'entrepôt pour y remiser le matériel et les véhicules, l'autre restant un point d'accueil, de cuisine, de salle à manger, de lieu de détente, ainsi que de vestiaire. Au delà de cette singularité, nous avons pu mettre en place une organisation interne au CAT. Cette dernière comprenait les procédures administratives et comptables (devis, facturation, contrôle des budgets, compte rendus COTOREP, DDASS, gestion du personnel, recrutements ). D'autre part, pour des raisons liées à l'organisation informatique de l'hôpital, les fiches de paie des travailleurs handicapés ne pouvaient pas être éditées. Pour pallier à ce problème, nous avons négocié, avec le directeur d'un CAT voisin géré par une association, la sous-traitance de l'édition de la paie du CAT. La négociation fit l'objet d'une convention qui prenait en compte le coût de cette prestation. Cela nous a permis d'être opérationnels très vite et ainsi pouvoir faire parvenir à chaque travailleur un bulletin de paie qui comportait l'ensemble des éléments obligatoires (dont le décompte des repas consommés).

D'un point de vue éducatif, cette fiche de paie était la réponse concrète de l'appartenance au monde du travail de chacun de nos travailleurs handicapés.

Au delà de ces exemples, c'est à partir de ces moyens et avec l'aide de certains services de l'hôpital ( financiers, économiques), que nous avons développé la montée en charge du CAT « l' EPI ».

## **I – 2 UNE MONTEE EN CHARGE TRES FRAGMENTEE :**

Dès l'ouverture du CAT « l' EPI » ; une équipe de 5 travailleurs handicapés encadrés par un moniteur d'atelier démarre des activités dans une entreprise spécialisée dans le conditionnement située en zone industrielle de Courtine en Avignon. A la même date, une autre équipe de 5 travailleurs encadrés par un moniteur d'atelier démarre des activités Espaces Verts pour l'Hôpital de Montfavet. Dans les deux cas, des contrats de partenariat économiques ont été signés avec les donneurs d'ouvrage. Avec l'entreprise ce fût un contrat de placement d'une équipe de travailleurs handicapés ; ce dernier précise le contenu détaillé de notre accord (annexe 2 ). Avec l'hôpital, la convention était de même nature, mais venait préciser les lots attribués au CAT pour un entretien à l'année. Que ces derniers soient internes ou concernent des structures extrahospitalières (annexe 3).

◆ En Juillet 1999, la DDASS de Vaucluse nous informe que le financement de 10 places supplémentaires de travailleurs handicapés et de 2 postes de moniteurs d'atelier nous seraient allouées au 1<sup>er</sup> Septembre 1999 (suivant accord cf. page 61). Fort de ces informations, nous avons continué à démarcher les entreprises avignonaises pour leur faire découvrir la réglementation du travail protégé et les activités développées par le CAT « l' EPI ».

Beaucoup de contacts furent réalisés avec des chefs d'entreprises qui ont été de réels moments de découverte pour eux, du monde du handicap et de sa richesse. Si au premier entretien la remarque « Comment des malades mentaux, dans mon entreprise ? Ce n'est pas possible ? », le second rendez-vous était moins centré sur ces remarques, et plus axé sur une réelle négociation entre de futurs partenaires économiques qui avaient un double souci , le premier celui de

la réinsertion socioprofessionnelle de la personne handicapée, le second, le développement d'une activité économique de qualité.

- ◆ Fin Juillet 1999, une rencontre eut lieu avec le dirigeant de l'entreprise « partenaire » située en industrielle d'Avignon et spécialisée dans le conditionnement pour la grande distribution. Il me confirme que nos travailleurs handicapés et le moniteur d'atelier lui donnent entière satisfaction . Leur présence au sein de son entreprise n'était plus sujet à discussion.

Bien au contraire, ses salariés recherchaient souvent le contact direct avec nos travailleurs, lors par exemple de la « pause-café ». Je l'informe de l'augmentation des effectifs du CAT au 1<sup>er</sup> Septembre. Il se propose de recevoir une deuxième équipe de 5 travailleurs plus 1 moniteur d'atelier.

Ensemble nous avons revu les conditions de travail mises en place pour nos équipes (pauses, vestiaires, douches, WC, ...), et renégocié les volumes de production à réaliser, ainsi que l'obligation de libérer l'ensemble des travailleurs le vendredi à 13h30 pour qu'ils puissent bénéficier d'une prise en charge de deuxième type (sorties, cinéma, théâtre, sport,...). Nous avons également négocié l'installation d'une salle à manger pour nos équipes dans les locaux, concomitant à ceux du personnel de l'entreprise. Les points importants furent l'objet d'un avenant porté au premier contrat signée. Le 1<sup>er</sup> Septembre 1999, une deuxième équipe était présente dans cette entreprise. Une cuisine et une salle à manger furent installées dans l'entreprise pour nos travailleurs (annexe 4 ).

A la même période le responsable des espaces verts de l'hôpital nous a également sollicité pour un nouveau marché. Un avenant à la convention initiale fût signé avec le directeur de l'hôpital pour préciser cette augmentation d'activité et les nouvelles conditions financières. Le 1<sup>er</sup> Septembre 1999, une deuxième équipe accompagnée par un moniteur d'atelier renforce la première.

- ◆ En novembre 1999, la DASS de Vaucluse nous informe de la création de 5 places de travailleurs supplémentaires, plus un moniteur d'atelier.

J'ai négocié avec une nouvelle entreprise de la zone industrielle de Châteaublanc en Avignon , la mise à disposition d'une équipe de 5 travailleurs et

d'un moniteur d'atelier au 1<sup>er</sup> Décembre 1999. Cette entreprise produit des articles « petit ménage » destinés à la grande distribution. Compte tenu de l'excellent travail réalisé par les travailleurs handicapés et les moniteurs, une nouvelle équipe de 5 travailleurs fût mise en place le 1<sup>er</sup> Mars 2000. Au 1<sup>er</sup> avril 2000, le CAT « L' EPI » présentait l'effectif suivant : 25 travailleurs handicapés et 5 moniteurs d'atelier.

Continuant notre travail d'analyse sur la situation des personnes qui souhaitaient rejoindre le CAT « L' EPI », nous nous sommes aperçus que des candidats ne possédaient pas les mêmes acquis (autonomie, logement, formation) que les Travailleurs qui se trouvaient en entreprise. Pour ne pas laisser ces personnes sans prise en charge adaptée, nous avons pris la décision de créer une activité de conditionnement en interne.

Cette stratégie nous permettait de prendre en charge des personnes plus déficientes et en particulier celles en provenance des IME du département de Vaucluse. Venaient s'y adjoindre des personnes handicapées qui avaient besoin d'un suivi médical et psychiatrique plus important.

Pour ce faire, un atelier de conditionnement intra de 15 places fut créé dans un immeuble que nous avons loué à l'hôpital. L'entreprise partenaire, pour cet atelier, est une société qui commercialise des tisanes, sous une marque mondialement connue (annexe 5). Le 1<sup>er</sup> Juillet 2000, les 15 dernières places étaient financées par la DDASS, et l'atelier *conditionnement intra* recevait les travailleurs handicapés. A cette même date, l'effectif des personnes accueillies au CAT « L' EPI » fut au complet et conforme à notre agrément (45 places) dont le tableau ci-dessous donne détail en nombre et l'atelier d'affectation.

**Tableau n° 3 – Effectif du CAT « L' EPI »**

<b>Atelier/Entreprise</b>	<b>Effectif Travailleurs</b>	<b>Effectif Moniteurs</b>
Entreprise R	10	2
Entreprise T	10	2
Espaces verts	10	2
Conditionnement intra	15	2
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>8</b>

Source tableau de bord CAT L'EPI – 1/07/2000

### I – 3 LE PERSONNEL DU CAT « L'EPI » :

**Tableau n° 4 - Effectif du CAT – BPAS (1) – BAPC (2)**

Fonction	ETP Total	BPAS (1)	BAPC (2)	Nbre d'agents
Directeur	0,50	0,50	0	0,50
Cadre éducatif	0,50	0,50	0	0,50
Adjoint Adm.	1,25	1,25	0	1,25
Educatrice Spéc.	1	1	0	1
Moniteur atelier	8	8	0	8
Assistante sociale	0,25	0,25	0	0,25
Vacation Psychiatre	0,20	0,20	0	0,20
<b>TOTAL (hors vacation )</b>	<b>11,50</b>	<b>11,50</b>	<b>0</b>	<b>11,50</b>

Source tableau de bord CAT l'EPI – 1/09/2000

Le 1<sup>er</sup> septembre 1999 nous avons recruté une éducatrice spécialisée . Dès sa prise de fonction, elle mit en place un suivi personnalisé des personnes accueillies au CAT « l' EPI » et participa à la création d'un travail en réseau avec nos partenaires (secteurs psychiatriques, IME, IMPRO , familles , tuteurs, CAF....). Elle nous proposa une réflexion sur l'organisation liée au déplacement de chaque travailleur handicapé par le biais des transports en commun. Avec chaque travailleur handicapé, il fut mis en place un repérage dans le temps et dans l'espace (numéro de ligne, horaire, adéquation avec les horaires de travail ) afin d'améliorer leur autonomie. Parallèlement, l'éducatrice se rendait régulièrement sur les lieux de travail pour rencontrer les équipes, et faire le point avec les moniteurs d'atelier sur un certain nombre de suivis ou actions à mettre en place. Par exemple, beaucoup de travailleurs handicapés ne possédaient pas de complémentaire « assurance maladie ». Avec mon accord, elle négocia un contrat d'assurance spécialisé (mutuelle) pour chaque travailleur qui en était dépourvu. Enfin, elle gère, en relation avec les moniteurs d'atelier, les sorties culturelles et sportives prévues chaque vendredi après-midi pour les travailleurs. Ces activités correspondent aux soutiens dits, de deuxième type (cf. page 19).

De plus, pour gérer le départ à la retraite du directeur adjoint du CAT , j'ai donné certaines délégations à l'éducatrice spécialisée (animation des réunions de synthèse, suivis et contrôles des équipes sur les différents ateliers, coordination

des projets individualisés). La mise en œuvre par ses soins du contenu des délégations doit lui permettre à terme, de prendre la fonction de cadre éducatif du CAT « l' EPI ».

Pour l'accompagner dans cette évolution, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, elle suit une formation professionnelle qualifiante de « Cadre de l'intervention sociale » à l' Institut régional des travailleurs sociaux de Marseille.

Pour ce qui concerne les moniteurs d'atelier, nous avons retenu l'option de recruter des personnes issues du monde de l'entreprise en situation de travail depuis au moins huit ans, et titulaires d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP).

En terme de stratégie, ce choix de recrutement d'un personnel sans passé professionnel « soignant » mais possédant une bonne connaissance des organisations du travail (planning, gestion des stocks, commandes, animation d'équipes) était en relation directe avec notre projet d'insertion socioprofessionnelle des travailleurs handicapés du CAT « l' EPI ».

Les moniteurs d'atelier, nouvellement recrutés portaient un regard sur la prise en charge des travailleurs que je qualifierai de neutre et positif, c'est à dire que ce regard était semblable à celui qu'ils portaient aux personnes valides avec lesquelles ils travaillaient précédemment.

Afin d'améliorer leur connaissance sur les problématiques de la maladie mentale, l'ensemble des moniteurs d'atelier, a suivi une formation spécifique qui fut réalisée en interne par le médecin psychiatre de l'établissement. Cette formation de 40h, comprenait six modules, tels que : les maladies, les traitements, les comportements. Elle fut planifiée de juillet à décembre 2000.

Le secrétariat du CAT fut dans une première période, assuré par une personne embauchée en contrat à durée déterminée (CDD). Depuis son départ, c'est un adjoint administratif hospitalier, précédemment en poste au service comptable et financier de l'hôpital de Montfavet, qui assure la responsabilité de ce poste. Enfin, c'est au mois de septembre 2000 que l'assistante sociale a rejoint l'équipe du CAT.

## I – 4 LES PERSONNES ACCUEILLIES PAR LE CAT :

Les 45 travailleurs handicapés accueillis au CAT « I EPI » ont les profils suivants :

- 75 % de l'effectif présentent un handicap par la maladie mentale stabilisée et sont issus des secteurs psychiatriques.
- 25 % de l'effectif présentent un handicap lié à la déficience intellectuelle moyenne et sont issus de l'éducation spéciale

**Tableau n° 5 – Origine institutionnelle des travailleurs**

<b>Etablissement d'origine</b>	<b>Nombre de travailleurs</b>
Hôpital et secteurs psychiatriques	28
Education spéciale	11
SEGPA	2
Transfert d'établissement	2
Démarches individuelles	2
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

*Source tableau de bord CAT I' EPI – 1/07/2000*

Le tableau n° 5 montre que le CAT « I' EPI » est globalement en adéquation avec la répartition des origines institutionnelles des travailleurs handicapés prévue dans son projet d'établissement (cf. page 58).

La présence de travailleurs handicapés plutôt jeunes (âge moyen 29 ans), doit nous permettre de leur proposer des soutiens psychosociaux organisés et orientés en fonction de leurs souhaits et de leurs besoins. Par exemple, sur la scolarisation, l'éducation pour la santé, les loisirs, les temps de parole, l'aide psychologique et sociale.

De plus, le jeune travailleur handicapé pourra développer des parcours adaptés dans la mesure où la mise en œuvre de chaque projet individualisé réclame des mois, voire des années d'élaboration d'un continuum de solutions, visant à leur insertion socioprofessionnelle.

## I – 5 LES BUDGETS DU CAT :

**Tableau n° 6 – Détermination du budget CAT « l' EPI » Activité sociale 2003**

### DEPENSES

Groupes	B.P 2002 accordé	CAA 2002	Evolution		Reconduction 2002	R.T.T.		BP 2003
			%	Valeur		%	Valeur	
<b>GR 1</b>	<b>309 991,06</b>	<b>309 991,06</b>	<b>1,97</b>	<b>6 106,82</b>	<b>316 097,88</b>	<b>0,32</b>	<b>11 702,00</b>	<b>327 799,88</b>
<b>GR 2</b>	<b>10 214,08</b>	<b>10 214,08</b>	<b>5,00</b>	<b>510,70</b>	<b>10 724,78</b>	<b>ETP</b>		<b>10 724,78</b>
<b>GR 3</b>	<b>119 955,58</b>	<b>119 955,58</b>	<b>2,50</b>	<b>2 998,89</b>	<b>122 954,47</b>			<b>122 954,47</b>
<b>GR 4</b>	<b>62 045,00</b>	<b>62 045,00</b>			<b>62 045,00</b>			<b>62 045,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>502 205,72</b>	<b>502 205,72</b>	<b>1,91</b>	<b>9 616,42</b>	<b>511 822,14</b>			<b>523 524,13</b>

Source service financier hôpital de Montfavet – Octobre 2002 -

Les comptes du CAT « l' EPI » sont gérés directement par les services financiers et comptables de l'hôpital. Il ne m'est pas apparu opportun de présenter ceux qui se rapportent aux années 1999 , 2000 et 2001, dans la mesure où l'analyse que je pourrais proposer ne semble pas significative. En effet, ces comptes ne comportent pas d'informations importantes , hormis celles liées à l'enregistrement des décisions modificatives dues à notre montée en charge fractionnée (cf. Pages 64 et 65).

Le tableau n°6 met en évidence un taux d'évolution des dépenses de personnel de 1,97 %. En ce qui concerne le financement du protocole de réduction du temps de travail ( RTT) mis en place dans notre établissement, celui-ci se traduit, d'un point de vue financier, pour l'année 2002, à une enveloppe supplémentaire de 5 831 € qui doit permettre le recrutement de 0,16 ETP.

Pour 2003, il est prévu un financement supplémentaire RTT égal à 11 702 € qui permettra un recrutement à 0,32 ETP. Pour information : 0,16 ETP nous seront alloués pour l'année 2004.

De plus, il nous a été alloué pour l'année 2002, une enveloppe de 1 130 € au titre des heures supplémentaires. Il indique également, pour 2003, un *groupe 4* à hauteur de 62 045 € qui se décompose comme suit : 16 455,37 € (amortissements antérieurs) + 34 852,42 € (amortissements linéaires des travaux sur 15 ans) auquel viennent se rajouter les intérêts pour 10 737,21 €.

<b>RECETTES – 2003 -</b>	
Participation des travailleurs	
Au prix du repas	25 500,00 €
Autres	1 220,00 €
Classe 6 brut	523 524,13 €
Dotations globales de financement	496 804,13 €
Prix à la place ( 45 places )	11 633,87 €

*Source service financier hôpital de Montfavet – Octobre 2002 -*

Les prévisions, en ce qui concerne les recettes, font apparaître une dotation globale de financement à hauteur de 496 804,13 € qui représente le total de la classe 6 Brut diminué des recettes en atténuation ( 25 500 + 1 220).

Le prix à la place 2001 pour le CAT « l' EPI » était de 10 592,64 €. Il passe à 11 633,87 € ce qui représente une évolution 2003/2002 par rapport à 2001 de + 9,83 %.

**Tableau n° 7– Compte administratif et résultats d'exploitation CAT « l' EPI »**

Compte administratif			
1999	<b>Prestations</b>	<b>222 327,00 Francs</b>	<b>33 893,53 Euros</b>
2000	<b>Prestations</b>	<b>813 980,29 Francs</b>	<b>124 090,50 Euros</b>
2001	<b>Prestations</b>	<b>916 195,42 Francs</b>	<b>139 673,09 Euros</b>
Résultats d'exploitation			
1999		<b>48 003,64 Francs</b>	<b>7 318,11 Euros</b>
2000		<b>328 883,06 Francs</b>	<b>50 137,90 Euros</b>
2001		<b>256 956,73 Francs</b>	<b>39 172,80 Euros</b>

Source tableau de bord CAT l'EPI – 31/12/2001

Le tableau n° 7 met en évidence que le CAT « l' EPI » présente des résultats d'exploitation excédentaires depuis mai 1999, date de sa création.

Comme je l'ai expliqué (cf. page 30) c'est par la présence de ces résultats d'exploitation excédentaires que nous avons pu verser un salaire direct égal à 10 % du SMIC à chaque travailleur handicapé.

On note une évolution permanente du chiffre d'affaires facturé. Son résultat d'exploitation cumulé (1999/2000/2001) est de 96 928,81 € pour une prestation de service pour la même période qui s'élève à 297 657,12 €. Ces résultats sont conformes, voire en dépassement par rapport aux objectifs initiaux que nous nous étions fixés. A ma demande, une grande partie du résultat d'exploitation cumulé a été provisionnée par l'hôpital, dans une réserve de compensation destinée à être utilisée dans le cas d'une perte de marchés du CAT. Cette réserve financière permettra, d'une part, de pallier le manque à gagner et d'autre part, d'établir le paiement des salaires et charges des travailleurs handicapés.

Le total du résultat d'exploitation divisé par nos besoins mensuels représente une sécurité de plus de 10 mois.

## **II – LA STRATEGIE DU DIRECTEUR POUR CONSOLIDER LA STRUCTURE :**

Directeur du CAT « l' EPI », je considère l'établissement comme un système ouvert sur l'extérieur qui m'oblige à négocier, de façon permanente, avec des contraintes internes, externes et des influences multidimensionnelles, dues à la spécificité du gestionnaire de la structure : l'hôpital psychiatrique de Montfavet. Je vais présenter, ci-dessous, la stratégie que j'ai mise en place pour consolider l'établissement.

### **II – 1 STRATEGIE EN INTERNE : MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF D'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :**

Cette évaluation se réalise au travers de différentes réunions que j'ai mises en place dans l'établissement, telles que :

- Réunion de régulation : participent une fois par mois, le médecin psychiatre et les moniteurs d'atelier. Le but de la réunion est de faire émerger l'ensemble des questionnements des moniteurs d'atelier concernant les travailleurs handicapés (comportement au travail, suivi des traitements médicamenteux...) qui réclame des réponses adaptées, de la part du psychiatre. A la demande de l'équipe ou du médecin, le directeur participe à la réunion.

- Réunion de production : participent deux fois par mois, le directeur, les moniteurs d'atelier, le secrétariat comptable et financier. Pendant cette réunion sont abordées l'ensemble des problématiques liées à la production, telles que : suivi de l'adaptation des postes de travail, cohérence des installations mises en place dans les entreprises partenaires du CAT, chiffre d'affaires facturé, analyse des écarts par rapport aux objectifs, problèmes spécifiques à la qualité de la production, analyse de nouveaux marchés, de nouveaux produits, calcul des prix de revient et des prix de vente.

- Réunion générale : participent, une fois par trimestre, le directeur, l'ensemble du personnel, le médecin psychiatre et la totalité des travailleurs handicapés. J'ai institué cette réunion pour en faire un lieu de paroles pour les travailleurs handicapés. Le but recherché est de faire poser des questions par les usagers sur le fonctionnement des ateliers, leurs souhaits, leurs attentes, leurs motivations, et leur niveau de valorisation personnelle d'être dans tel ou tel atelier et de la relation qu'ils entretiennent avec les moniteurs d'atelier.

Sont aussi abordées pendant ce temps d'échanges, les observations des travailleurs handicapés sur la qualité des soutiens psychosociaux qui leur sont proposés et en particulier sur les activités de loisirs du vendredi après-midi. En règle générale, les réponses sont apportées pendant la réunion, soit par le directeur, soit par un membre de l'équipe éducative. Les questions posées qui ne peuvent pas recevoir une réponse immédiate seront traitées à la réunion suivante ou en fonction de l'urgence, lors d'un rendez-vous individuel.

- Réunion de synthèse : à raison de deux réunions par mois, participent le directeur, ou l'éducatrice spécialisée, le psychiatre, le moniteur d'atelier référent, le travailleur handicapé, l'assistante sociale. Peuvent être invités à cette réunion des personnes extérieures au CAT qui sont en lien ou qui ont encore un rôle de personnes ressources pour le travailleur handicapé (famille, tuteur, équipe de secteur psychiatrique, équipe des IME, IMPRO). Je reste vigilant pour que la réunion de synthèse ne soit pas une réunion clinique de type hospitalière, c'est à dire une réunion d'infirmiers qui livrent leurs observations du patient au médecin, qui en fait la synthèse et se prononce sur le protocole thérapeutique. Cette réunion a pour but d'amener les équipes éducatives du CAT « l' EPI » à élaborer les réponses à partir des besoins et des attentes du travailleur handicapé (aspect relationnel, psychologique, l'autonomie, la socialisation). « Les décisions prises et l'intérêt qu'elles représentent pour le bénéficiaire seront consignées dans le dossier projet individualisé ». (42) De mon point de vue, les réunions sont très importantes dans la mesure où elles permettent des temps d'échanges entre des professionnels de cultures différentes. En effet faire parler un moniteur d'atelier et un psychiatre hospitalier n'est pas forcément évident. Sur ce point, j'ai pu vérifier depuis trois ans que les réunions et les échanges qui s'y pratiquent, sont de plus en plus qualitatifs et pertinents pour le plus grand profit du travailleur handicapé.

## **II – 2 CREER UNE DYNAMIQUE AUTOUR DU PROJET INDIVIDUALISE , DE LA NOTION DE CURSUS PROFESSIONNEL ET DE REFERENT :**

Sur ce point, il me semble opportun d'expliquer la différence que je fais entre trois types de projets avec le travailleur handicapé :

- Le premier : le projet personnel

Il consiste à lister les souhaits et les aspirations de la personne accueillie en CAT à la fois dans sa vie sociale et professionnelle.

---

(42) Jean-René LOUBAT, instaurer la relation de service en actions sociales et médico-sociales – DUNOT – page 209

- Le second : le projet personnalisé

Il reprend les attentes d'insertion sociale et professionnelle de la personne handicapée qui sont alors retranscrites par le personnel encadrant.

Il doit rester du champ du possible et se situer dans le moyen terme (maximum 3 ans). Il doit déterminer les objectifs à atteindre, en situer les étapes et les moyens d'interventions à mettre en place du point de vue du travailleur handicapé et de l'institution.

- Le troisième : le projet individualisé

Il est encore plus représentatif du projet global du travailleur handicapé car il laisse suggérer plus fortement une idée de progression accompagnée d'étapes dans l'insertion socioprofessionnelle du travailleur handicapé. A mon sens, il peut contenir aussi l'idée de cursus professionnel qui a pour moteur le développement des compétences que chaque travailleur handicapé développe au cours de son parcours.

Dans ce cas la compétence ne réside pas dans les ressources (connaissances, capacités...) à mobiliser, mais dans la mobilisation même de ces ressources. Elle est de l'ordre du savoir mobiliser.

La notion de cursus professionnel est une notion normalisée dans le monde du travail et désigne souvent la carrière professionnelle d'un individu dans ses phases successives. Elle diffère sensiblement de la notion de parcours qui se définit par un mouvement finalisé d'un point à un autre. Elle se rapproche de celle de trajectoire professionnelle mais à l'avantage d'insister sur les étapes du mouvement plus que sur sa direction.

Le cursus professionnel désigne « un mouvement de promotion de la personne, non finalisé de manière exclusive par l'insertion en milieu ordinaire de travail, partant d'une position initiale lors de l'accession de statut de travailleur handicapé, animé par l'évolution des compétences et des responsabilités, pouvant inclure des étapes de progression ou de régression tout en respectant les étapes de la vie et les potentialités de la personne » (43).

---

(43) Extrait de « les CAT, asile ou usine ? », dossier technique du CREAL Rhône-alpes, Juin 1998 n° 119

Les points forts de ce cursus en sont donc la mobilité des positions professionnelles, des compétences et des responsabilités. Il prend en compte la coordination sociale et médicale pour le bénéficiaire.

La progression professionnelle portera dans certains cas ,des travailleurs handicapés dans l'entreprise ordinaire, dans d'autres elle ne le pourra pas. Mais ces derniers ne seront pas pour autant à l'écart de tout mouvement professionnel. Enfin, je pense que le cursus professionnel peut éviter les effets de filière, c'est à dire que souvent une personne après l' IME, intègre un institut médico-professionnel (IMPRO) puis est accueillie en CAT dans lequel elle fera une grande partie de sa carrière. Cela prouve que souvent, la personne handicapée va suivre tout au long de sa vie un parcours institutionnalisé.

De mon point de vue, le cursus professionnel représente un autre avantage, celui d'être certain que tous les potentiels du travailleur handicapé seront exploités dans la mesure où il contient des stages et des formations. De plus, cette définition de projet individualisé qui intègre une logique de cursus professionnel me paraît plus intéressante dans le sens où elle est axée sur la recherche de progrès pour le travailleur, dans des étapes formalisées, et ce, quelle que soit la perspective d'insertion en milieu ordinaire ou non.

Comme je l'ai rappelé plus haut, notre établissement élabore le contenu des projets individualisés qu'il entend développer. Cette dynamique de projet sera formalisée entre le travailleur handicapé et le moniteur d'atelier, qui devient alors le référent. Il devient la personne «ressources » en cas de difficultés pour le travailleur handicapé et assure en partie le suivi du projet. L'accompagnement effectué par le référent est complété par un travail en partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire. Le but étant de faire une évaluation de l'atteinte ou pas des objectifs fixés aux échéances déterminées. Cela implique que dans le projet soit précisé différentes informations qui auront été préalablement négociées avec le travailleur handicapé, telles que : durée de prise en charge, étapes négociées, échéances, évaluations. Cette implication prend en compte les ressources et les moyens mobilisés par l'établissement et le travailleur handicapé.

Les notions d'étapes et d'échéances que j'ai expliqué plus haut, me paraissent importantes car elles permettent de se recentrer sur les objectifs, d'analyser très précisément chaque situation et de voir comment évolue la progression de chaque travailleur handicapé. Cette évolution est suivie par le moniteur d'atelier qui voit dans sa fonction s'intégrer le rôle de «réfèrent» pour cinq travailleurs handicapés de son atelier. Il participe avec l'éducatrice spécialisée, coordinatrice de l'ensemble des projets à la préparation, l'élaboration et au suivi de chacun d'entre eux. Le but recherché étant que le moniteur reste une personne ressource pour les cinq bénéficiaires qui travaillent sous sa responsabilité. De mon point de vue, cette solution doit permettre à chaque réfèrent d'avoir une bonne connaissance des besoins de la personne. A ce stade, il peut faire remonter certaines informations à l'équipe pluridisciplinaire et apporter des soutiens «vie sociale, vie personnelle» à l'usager. Ainsi son rôle prend plus de sens, et ne cantonne plus, le moniteur d'atelier à la mise en œuvre exclusive de soutiens professionnels.

### **II – 3 STRATEGIE A L' EXTERNE :**

Celle-ci passe tout d'abord par la communication organisationnelle que le cadre et les procédures de l'hôpital de Montfavet ont prévu à cet effet. Je participe une fois par semaine à une réunion de direction, en présence de l'ensemble des directeurs adjoints chargés des grands services (financiers, économiques, personnels, techniques et services de soins infirmiers). Cette réunion est placée sous la responsabilité du directeur, chef de l'établissement, ou du secrétaire général. Elle me permet de donner et d'échanger des informations avec les principaux responsables de l'hôpital. Elle assure une fluidité des échanges et permet une articulation de proximité entre ces derniers et le CAT « l' EPI ». De plus, je rencontre une fois par mois le directeur de l'hôpital pour lui rendre compte de la situation de l'établissement. Enfin, une fois par trimestre, je participe à une réunion de travail avec les directeurs des IME de Vaucluse. L'intérêt de cette réunion est de faire, d'une part, le point sur nos relations transversales, c'est à dire la mise en œuvre des conditions nécessaires au CAT « l' EPI » comme terrain de stage pour de jeunes personnes handicapées, issues de ces établissements, et d'autre part pour faire un suivi plus global des travailleurs handicapés, issus ou non des IME.

Par ailleurs, je participe aux activités de l'association des directeurs des structures pour adultes handicapés de Vaucluse. Cette dernière se voulant être un réel outil d'études, d'échanges et d'informations entre les directeurs d'établissement et l'ensemble des partenaires, ou acteurs concernés, par la situation en établissement ou pas des personnes handicapées.

Un élément supplémentaire à cette stratégie extérieure est composé de l'ensemble des contacts que j'aie avec le monde des entreprises privées ou publiques (mairie, conseil général, office d'HLM, élus locaux, départementaux régionaux ou nationaux). Le but de ces contacts est de présenter le CAT «l' EPI» et les travailleurs handicapés qui le composent, pour d'autres rechercher de nouveaux marchés liés à la production et enfin pour les élus leur faire partager et les sensibiliser sur la place du travail protégé dans le champ des politiques sociales et en particulier dans sa mission principale : former et associer à la production de richesse nationale des personnes handicapées avec un souci permanent d'intégration socioprofessionnelle du travailleur handicapé vers le milieu ordinaire ou pas. S'ajoutent à ces réunions, différents contacts, par exemple ceux que j'ai avec la chambre de commerce et d'industrie d'Avignon, et certains lycées agricoles.

L'intérêt de ces échanges s'articule autour de la mise en place avec les derniers partenaires cités, de possibles formations professionnelles spécifiques au travailleur handicapé du CAT «l' EPI». Avec le premier nous mettons en place un module formation lié au métier de la restauration, avec le second des modules plus spécifiques au métier de l'agriculture et des espaces verts.

#### **II – 4 MAINTENIR LA MOBILISATION DES PERSONNELS :**

La création du CAT « L' EPI » en 1999, fut génératrice d'une importante dynamique de travail de l'ensemble du personnel. Pour consolider le développement de la structure, la mobilisation des personnels me paraît indispensable, parce qu'elle constitue la ressource essentielle et majeure de la compétence de l' établissement. Elle réclame du directeur la mise en place de différents leviers tels que :

- L'information : sur ce point, ma stratégie est double, d'une part j'ai comme partenaire, le centre de documentation de l'hôpital qui travaille en partenariat avec 80 centres de documentation d'hôpitaux spécialisés répartis sur toute la France, en réalisant des outils de travail communs (vocabulaire d'indexation, catalogue des collections de périodiques, ...).

Il propose au personnel hospitalier plus de 9 700 ouvrages. Bien que le nombre soit important, la présence d'ouvrages traitant de la prise en charge des personnes handicapées, du travail protégé et plus précisément des CAT était minime. Au fil des mois, j'ai pu avec la responsable de la documentation passer commande de livres dont le sujet était en lien avec nos préoccupations professionnelles. A mon sens, la présence de ces ouvrages participe, dans un double sens, au métissage des cultures professionnelles nouvellement présentes dans l'hôpital. En effet, quand un salarié du CAT emprunte un ouvrage au service documentation, il découvre dans le même temps la totalité du choix proposé. D'autre part, j'ai doté le CAT de sa propre bibliothèque, elle est petite en nombre mais représente le choix d'ouvrages que moi-même et les équipes souhaitions avoir comme référence de lecture .

- La communication : le directeur du centre hospitalier de Montfavet, fait parvenir chaque mois, une lettre d'informations sur la vie générale de l'hôpital (départs en retraite, nouveaux recrutements, évolution du cadre législatif...). Ponctuellement, ce document rend compte à l'ensemble du personnel hospitalier, des différentes évolutions organisationnelles du CAT « l' EPI ». De mon point de vue, cette communication interne permet de faire comprendre et apprécier les nouveaux modes d'accompagnement de la personne handicapée. En ce qui concerne la communication externe, nous sommes dans l'élaboration de la mise en place d'un site Internet qui devra nous permettre un travail en commun avec les équipes éducatives du foyer d'hébergement. Ce site présentera les établissements et leurs activités. Pour ce qui concerne les résidents du foyer d'hébergement, il leur permettra l'ouverture d'une «adresse email» personnelle pour communiquer avec un ensemble de personnes ou de services de leur choix.

- La participation et les délégations : comme je l'ai expliqué (cf. page 68) j'ai donné à l'éducatrice spécialisée, des délégations liées au fonctionnement général de l'établissement, telles que : la coordination de l'ensemble des projets individualisés, le suivi du rôle de référent des moniteurs d'atelier, l'animation de diverses réunions (cf. page 73). Ces délégations et l'élargissement de la fonction des moniteurs que j'ai mis en place, m'ont permis de développer une stratégie de direction participative. Elle a pour but de donner un positionnement particulier à ces salariés afin qu'ils puissent rester à la fois, des animateurs concernés par la vie institutionnelle et des médiateurs pour les travailleurs handicapés ainsi que pour les partenaires du CAT « l' EPI » .

## **II – 5 LA VALORISATION ET L'ADAPTATION DES COMPETENCES : DU PERSONNEL ET DES TRAVAILLEURS HANDICAPES**

De mon point de vue la formation professionnelle continue et qualifiante est un acte promotionnel pour les personnels. A mon sens, elle est aussi un acte qui qualifie l'organisation collective. Elle doit créer du lien entre les besoins du CAT « l' EPI » et les besoins du salarié. Elle doit permettre au personnel d'acquérir ou de développer de la technicité, de la socialisation et du changement culturel.

En 2002, cette stratégie fut mise en place, au travers d' un plan de formation qui devait me permettre une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, tout en respectant le cadre général de la fonction publique hospitalière. Pour les salariés du CAT «l' EPI» il s'est traduit concrètement par la mise en œuvre de formations qualifiantes individuelles et collectives .

Pour ce qui concerne les travailleurs handicapés, la stratégie que je développe passe, en premier lieu, par la participation des travailleurs handicapés à diverses réunions (cf. page 73) et leur position de réels acteurs dans la mise en œuvre de leur projet individualisé.

Cette position prendra plus de sens quand j'aurai pu établir un plan de formation spécifique aux travailleurs handicapés, à l'aide de divers partenaires (cf. page 78 ). En second lieu, par le rôle du conseil d'établissement et de ses représentants qui permet beaucoup d'échanges entre les familles, les usagers et

les représentants du CAT «l' EPI». Les sujets abordés sont divers et variés tels que budget, salaires des CAT, horaires de travail, qualité des repas, formation des usagers, soutiens psychosociaux.

Comme je l'ai expliqué précédemment, ma stratégie de direction s'appuie sur les délégations que j'ai donné à certains salariés. Néanmoins, ma présence sur les lieux de travail, tant dans les entreprises partenaires, que dans nos ateliers de production intra, me permet de faire une évaluation de la progression des travailleurs handicapés. En effet, lors de visites, ces derniers me font part de leurs projets ou de leurs besoins spécifiques, tels que : l'accès à des formations professionnelles, la préparation du permis de conduire, l'achat d'un véhicule, leur souci de trouver un logement personnel. Peuvent se rajouter à ces demandes un certain nombre d'interrogations liées à leur vie privée ou sentimentale.

Cet ensemble de questionnement formulé par des travailleurs handicapés qui ont pour la plupart vécus ou subis une longue «chronicisation» dans un hôpital psychiatrique, me permet de penser qu'ils se trouvent dans un processus de mieux être qui facilitera au quotidien et à long terme leur insertion socioprofessionnelle.

## Conclusion générale

La fonction de directeur du CAT «l' EPI» nécessite de sa part un engagement permanent ainsi que celui des équipes, et de tous une vigilance continue. La formation CAFDES m'a donné la possibilité de renforcer mes compétences professionnelles. Elles me sont très utiles pour répondre à la diversité de ma fonction. Le CAT «l' EPI» est un nouvel outil mis en place par un hôpital psychiatrique pour mener à bien un travail concret auprès des personnes adultes handicapées par la maladie mentale, afin de leur permettre un meilleur épanouissement de leur vie personnelle et professionnelle. L'analyse des stratégies de direction que j'ai expliquée tout au long de ce travail, ont voulu démontrer tout l'intérêt qui peut résider à conduire un tel projet d'établissement au sein d'un hôpital. La finalité du projet étant de permettre le passage d'une logique sanitaire à une stratégie d'insertion socioprofessionnelle de la personne handicapée. J'ai exposé toutes les difficultés, mais aussi tous les temps «euphoriques» présents lors de la création du CAT «l' EPI» qui nous ont permis de développer le projet institutionnel. Les particularités de fonctionnement du centre hospitalier de Montfavet, gestionnaire du CAT «l' EPI» furent à certains moments créatrices d'un certain nombre de difficultés liées à l'organisation « bureaucratique » de l'hôpital. Leur écoute, leur compréhension et leur adaptation m'ont permis de considérer ces freins ou ces écueils comme des éléments de transformation et d'évolution. Ces dernières instituent de nouvelles logiques de fonctionnement dans l'établissement sanitaire. Dès lors, l'hôpital se transforme en développant de nouvelles logiques de prise en charge de la personne. Cette transformation lui permet d'être un acteur de cohésion sociale plus impliqué vis à vis des citoyens. Son exemplarité démontre l'intérêt d'accompagner la personne handicapée dans un processus de prise en charge adapté et pertinent.

---

# Bibliographie

---

## 1) Ouvrages :

- A.BEGUIN                    Directeur de la revue Esprit – misères de la psychiatrie  
les fous sont-ils soignés ? Décembre 1952 – p 1010
- A.BLANC                    Les handicapés au travail, pratiques sociales, analyse  
sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle,  
édition Dunod – 1999, p 320
- BLOC-LAINE                Etude du problème général de l'inadaptation des  
personnes handicapées, rapport présenté par le Premier  
ministre – Décembre 1967.
- R.CASTEL                   Les métamorphoses de la question sociale. Une  
chronique du salariat - Edition Fayard – 1999, p 490
- P.DUHAMEL                De la situation des aliénés dans le comtat venaissin et  
dans le Vaucluse. Edition Serre et Roumerous – 1903,  
p 72
- M.DUVIGNEAU            Le directeur du CAT, chef d'entreprise ou éducateur ?  
Le nouveau mascaret, n° 33 – Mars 1995, p 185
- M.JAEGER                   L'articulation du sanitaire et du social. Préface de  
J.François Bauduret, chargé de mission auprès de  
l'action sociale – Edition Dunod 2000, p 176
- JR.LOUBAT                 Elaborer son projet d'établissement social et  
médicosocial – Edition Dunod 1997, p 260
- JR LOUBAT                 Instaurer une relation de service – Edition Dunod 2002,  
p 258

- E. SAMOY ET  
L. WATERPLAS L'emploi protégé dans la communauté européenne.  
Edition du conseil de l'Europe IBSN 92871.33.24, p 91
- G.ZRIBI L'avenir du travail protégé, Edition ENSP 1998, p 118

## 2) Dossiers :

- M.ADAN Directeur du CREAM, Poitou-charentes. Dossier documentaire 1992-1995, p 185
- PH.CHOUPIN « poly-handicapés » à propos d'éthique. CREAM Novembre 1999, p 68
- DARES Premières informations et premières synthèses, ministère de l'emploi et de la solidarité, n° 44, Novembre 2001.

## Guides méthodologiques

- Ministère de l'emploi et de la solidarité – santé mentale  
sicom n° 01 037/1 Paris Janvier 2001, p 88
- AL. GERARD Philosophe CREAM : éthique et professionnel de l'action sociale et médico sociale. numéro spécial Novembre 1999, p 68
- USINES « Les CAT asiles ou usines ? dossier technique du CREAM Rhône-alpes, n° 119, Juin 1998, p 156
- L.VISIER Département de l'emploi et de la fonction. Bureau international du travail à Genève. Cahier de l'emploi et de la formation. IBSN 92.2.2111091.9 – 1998.

## 3) Rapports

- BOULANGER Inspecteur général des affaires sociales, lettre de mission du 3 août 1994 de la direction de l'action sociale, p 42

CHARZAT Député à Mme Ségolène Royale, ministre déléguée à la famille à l'enfance et aux personnes handicapées. Mars 2000, p 138

PARAYRE Evolution des soins en psychiatrie et de la réinsertion des malades mentaux. Médecin inspecteur de santé publique. Direction générale de la santé. Mars 1995.

PIEL ET ROELAND

« De la psychiatrie à la santé mentale » rapport de mission. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Juillet 2001, p 92

#### 4) Communications européennes

COMMISSION DES COMMUNAUTÉS  
EUROPEENNES

Vers une Europe sans entrave pour les personnes handicapées. Bruxelles, Mai 2000, p 23

CONSEIL DE L'EUROPE

L'emploi protégé dans cinq états membres du conseil de l'Europe : Autriche, Finlande, Norvège, Suède et Suisse. n° : intégration des personnes handicapées. IBSN 92.871.33.24-7, p 69

CONSEIL DE L'EUROPE

Le passage de l'emploi protégé à l'emploi ordinaire. IBSN 92.871.3144-9, p 31

#### 5) ELECTRONIQUE

ETUDE FARDEAU

[http : //www.santé.gouv.fr/html/actu/handicapés/1htm](http://www.santé.gouv.fr/html/actu/handicapés/1htm)

LE HANDICAP EN EUROPE

[http : //www.europa.eu.int/com/employment\\_social/soc-prot/disable/com.406/com.\\_fr.htm](http://www.europa.eu.int/com/employment_social/soc-prot/disable/com.406/com._fr.htm)

---

## Liste des annexes

---

- 1) Nouvelle enquête « handicap-invalidité-dépendance » en France l'emploi et le chômage des personnes handicapées réalisée par l'INSEE, Novembre 1999.
- 2) Contrat de partenariat économique entre une entreprise et le CAT «l' EPI». Détachement de travailleurs handicapés.
- 3) Contrat de partenariat économique entre l'hôpital de Montfavet et le CAT «l' EPI». Activités Espaces Verts.
- 4) Convention d'une mise à disposition de matériels de cuisine et de salle à manger du CAT «l' EPI» à une entreprise partenaire.
- 5) Contrat de partenariat économique entre une entreprise et le CAT «l' EPI». Activités de production en intra.

# ENQUETE

## Emploi et chômage des personnes handicapées . Décembre 1999 Handicap.Invalidité.Dépendance/INSEE /ANPE

Tableau 1

Les travailleurs handicapés à la fin de 1999 selon la situation  
par rapport à l'emploi

	Titulaires d'une RQTH (Cotorep)	Accidentés du travail (IP** de + de 10%)	Invalides pensionnés (SS)	Mutilés de guerre et assimilés	Reconnaissance de handicap non précisée	Ensemble des travailleurs handicapés
Milieu ordinaire du privé.....	163 811	71 991	31 893	7 954	59 556	335 204
Milieu ordinaire de l'administration.....	70 819	13 132	2 830	4 140	25 730	116 650
Milieu protégé .....	88 197	2 076	2 484	0	2 076	94 832
Milieu protégé .....	322 827	87 199	37 207	12 094	87 362	546 686
<b>Total actifs occupés</b>	<b>120 622</b>	<b>16 641</b>	<b>20 698</b>	<b>675</b>	<b>12 470</b>	<b>171 107</b>
<b>Chômeurs</b>						
Total actifs.....	443 449	103 840	57 905	12 769	99 832	717 794
* Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé						
** Incapacité permanente						

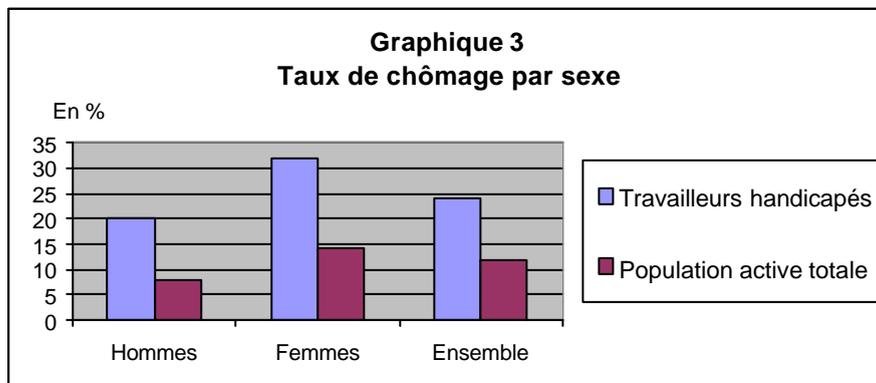
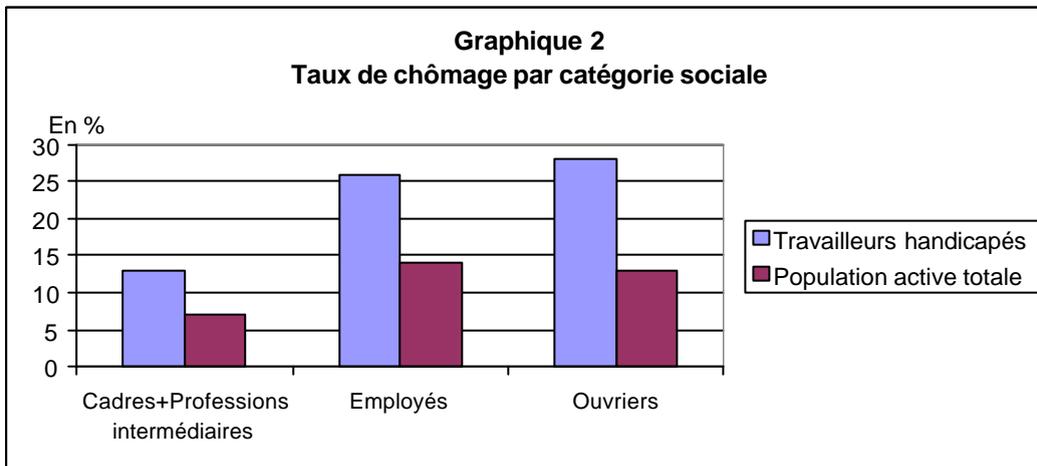
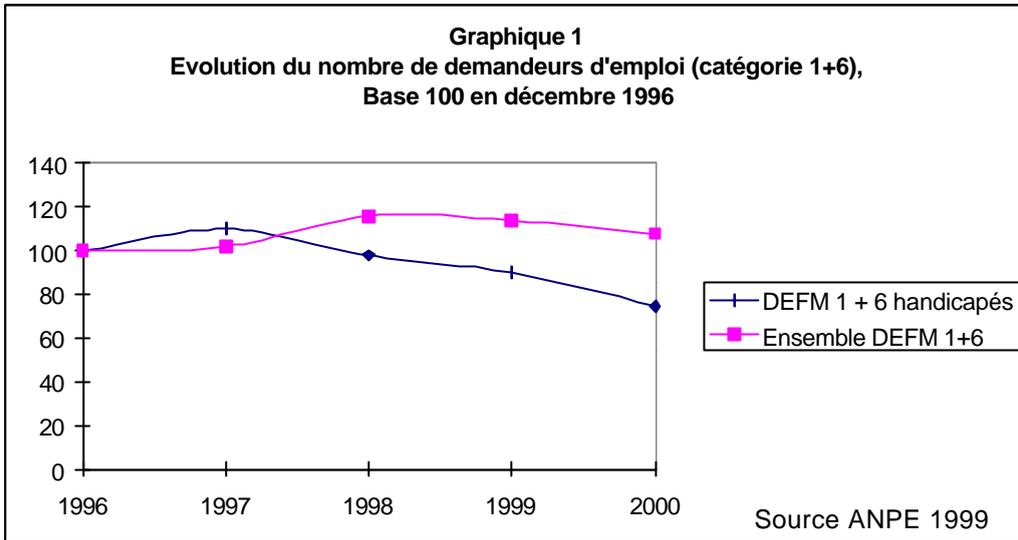
Source : Enquête INSEE-HID 1999.

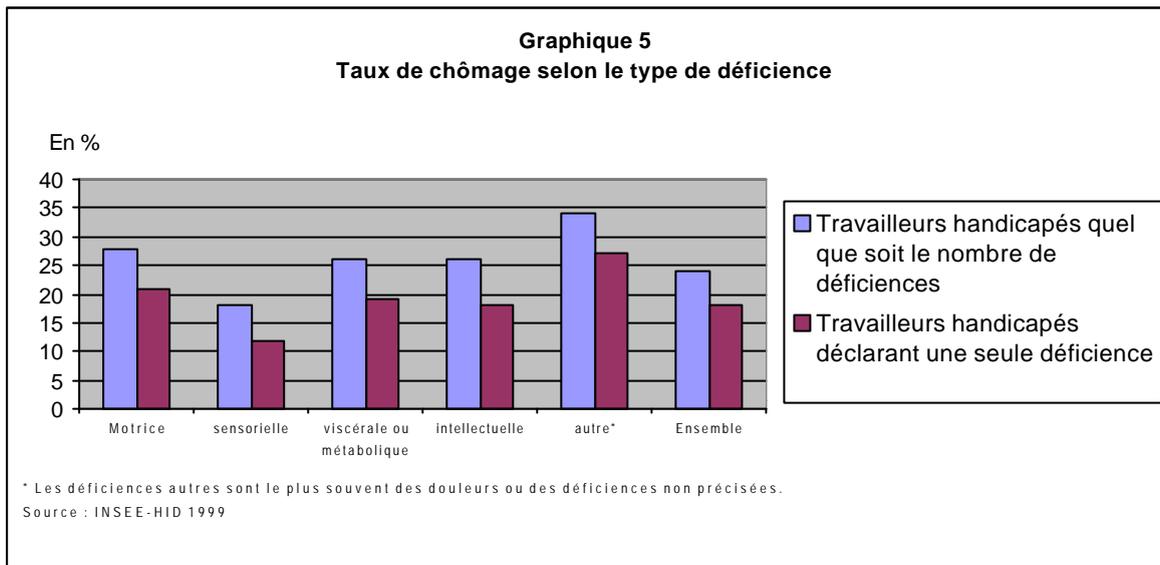
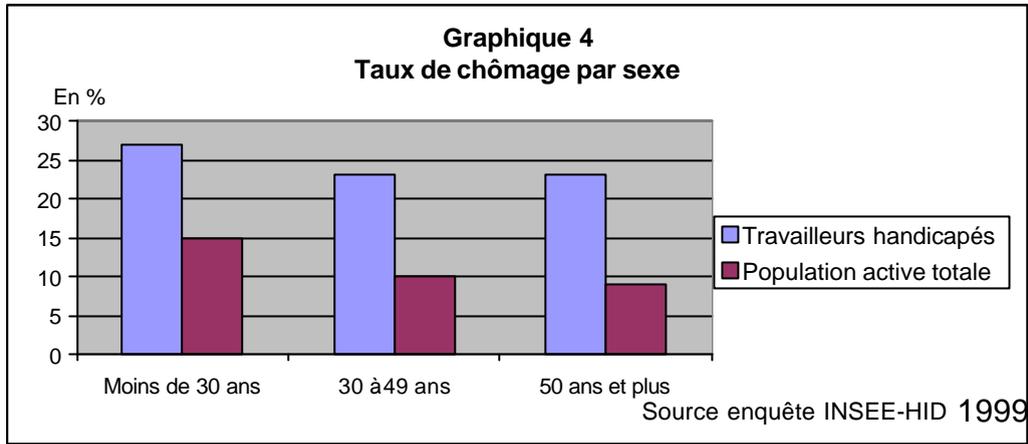
Tableau 2

Les caractéristiques des travailleurs handicapés  
selon la catégorie administrative

		Ensemble de la population active	Ensemble des travailleurs handicapés	Catégories de travailleurs handicapés		
				COTOREP	Accidentés du travail	Invalides pensionnés
<b>Répartition par sexe</b>	<b>Hommes .....</b>	<b>54</b>	<b>67</b>	<b>64</b>	<b>86</b>	<b>55</b>
	<b>Femmes.....</b>	<b>46</b>	<b>33</b>	<b>36</b>	<b>14</b>	<b>45</b>
	<b>Total.....</b>	100	100	100	100	100
<b>Répartition par âge</b>	<b>Moins de 25 ans .....</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
	<b>25 à 29 ans ...</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
	<b>30 à 49 ans ...</b>	<b>57</b>	<b>59</b>	<b>62</b>	<b>50</b>	<b>62</b>
	<b>50 ans et plus</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>41</b>	<b>34</b>
	<b>Total.....</b>	100	100	100	100	100
<b>Répartition par catégories Sociales</b>	<b>Indépendants</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>6</b>
	<b>Cadres et prof.</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>17</b>
	<b>Interm</b>					
	<b>Employés.....</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>16</b>	<b>37</b>
	<b>Ouvriers .....</b>	<b>24</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>46</b>	<b>40</b>
	<b>Total.....</b>	100	100	100	100	100
<b>Répartition par niveau de Formation</b>	<b>Etudes supérieures....</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>9</b>
	<b>Bac .....</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>4</b>
	<b>CAP-BEP.....</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>36</b>	<b>31</b>
	<b>BEPC.....</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
	<b>CEP ou rien....</b>	<b>21</b>	<b>43</b>	<b>45</b>	<b>0</b>	<b>54</b>
	<b>Total.....</b>	100	100	100	100	100
<b>Taux de chômage</b>		<b>11,0</b>	<b>23,8</b>	<b>27</b>	<b>16</b>	<b>36</b>

Source : Enquête INSEE-HID 1999.





*Tableau 3*  
Nombre moyen de démarche de recherche d'emploi  
pour les chômeurs qui en effectuent, par âge

	Population active handicapée	Population active totale
<b>Moins de 30 ans .</b>	<b>2,6</b>	<b>3,6</b>
<b>30 à 49 ans .....</b>	<b>2,6</b>	<b>2,7</b>
<b>50 ans et plus.....</b>	<b>2,6</b>	<b>2,2</b>
Ensemble tous âges	2,6	3,0

Source INSEE-HID 1999

Tableau 4

Proportion de chômeurs n'effectuant aucune démarche  
de recherche d'emploi, par âge

	Chômeurs handicapés	Ensemble des chômeurs
Moins de 30 ans .	<b>28,3</b>	<b>33,3</b>
30 à 49 ans .....	<b>44,7</b>	<b>18,2</b>
50 ans et plus.....	<b>63,0</b>	<b>68,7</b>
Ensemble tous âges .....	46,4	30,4

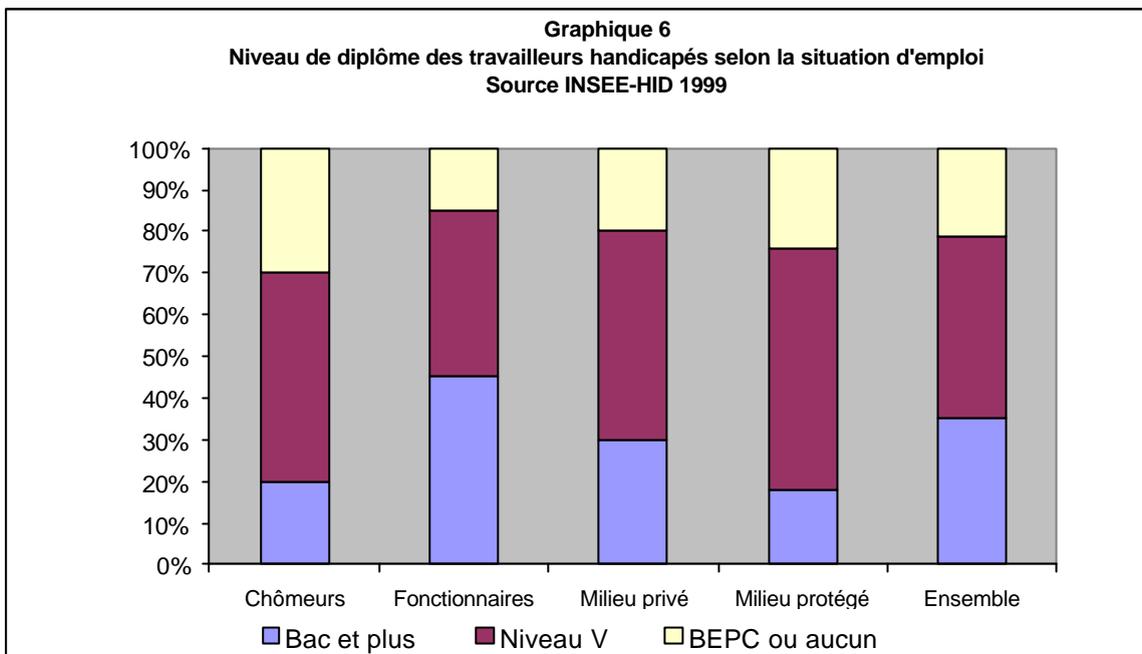
Source INSEE-HID 1999

Tableau 5

Fréquence comparée des démarches de recherche d'emploi

	Chômeurs handicapés	Ensemble des chômeurs
N'a fait aucune démarche de recherche d'emploi.....	46,4	30,4
A fait des démarches de recherche d'emploi.....	53,6	69,6
A sollicité les services des EPSR-OIP .....	22,2	3,7
S'est inscrit (ou est resté inscrit) à l'ANPE.....	45,6 39,7	31,0 36,2
Autre démarche auprès de l'ANPE .....	55,6	69,2
Des démarches personnelles auprès de l'entreprise	30,1	41,2
A répondu à une offre d'emploi.....	23,4	36,8
A utilisé ses relations personnelles .....	12,9	31,8
S'est inscrit auprès d'une agence intérim .....	14,1 4,0	28,3 4,0
A passé un test, un examen.....	3,3	9,7
A fait passer une annonce .....	1,9	4,0
A pris des dispositions pour se mettre à son compte	8,9	0,6
A passé un concours de recrutement.....		
Autres .....		

Source INSEE-HID 1999



Les deux premiers tableaux nous précisent qu'en 1999 on dénombre 718 000 travailleurs handicapés (*Tableau 1 cf. page 13*), soit 3% de la population active. Les deux tiers d'entre eux sont employés dans le secteur privé, en milieu ordinaire. Le dernier tiers se répartit entre la fonction publique et le milieu du travail protégé. Mais 171 000 autres actifs handicapés sont au chômage, soit 24% de l'ensemble.

De plus, cette population se différencie nettement de l'ensemble des actifs : elle est plus masculine, avec deux tiers d'hommes, contre 54% pour la population active totale, et fréquemment ouvrière (42% contre 24%). Elle est peu diplômée (tableau 3). A contrario, le poids des cadres et des professions intermédiaires y est relativement modeste. Elle est plus âgée avec deux fois moins d'actifs de moins de 25 ans et moitié plus de personnes de plus de 50 ans ou plus.

Cumulant handicaps, faible niveau de qualification et âge élevé, cette population est très exposée au chômage. Cette estimation est corroborée par une étude réalisée par l'Agence Nationale Pour l'Emploi (ANPE), qui a la même date (1999), recense 140 000 demandeurs d'emploi handicapé de catégorie 1, c'est-à-dire à la recherche d'un contrat à durée indéterminé (CDI), à temps plein (graphique 1).

Le graphique 2 met en évidence que moins la personne est qualifiée, plus son handicap accroît le risque qu'elle connaisse le chômage, en particulier les ouvriers.

Les graphiques 3 et 4 démontrent que pour l'ensemble de la population active, les femmes et les jeunes handicapés sont plus exposés à ce risque.

Le graphique 5 permet également d'apprécier l'impact de la nature et du nombre de personnes handicapées sur le risque de chômage. Nous pouvons relever que le taux de chômage frappe par exemple plus souvent les personnes qui déclarent une déficience motrice (qui affectent leur mobilité), que celles qui font état d'une déficience de la vue, de l'ouïe ou de la parole.

Les tableaux 3 et 4 nous indiquent que par rapport à l'ensemble des chômeurs, la population active handicapée est moins active dans la recherche d'emploi. Le tableau 5 met en exergue une autre différence, pour les personnes handicapées, ces démarches (recherches d'emploi) sont plus orientées vers les institutions (ANPE), notamment celles qui leur sont dédiées comme les organismes d'insertion et de placement (O.I.P.) et les équipes de préparation et de suite du reclassement (EPSR).

A contrario, les démarches individuelles (auprès des entreprises, des agences d'intérim, réponse à des offres d'emplois), sont moins fréquentes car probablement plus difficiles.

Enfin, le graphique 6 nous précise que 16% des travailleurs handicapés exercent dans le secteur public. Ce sont majoritairement des postes d'employés mais aussi pour un tiers des postes de catégorie A (cadres) ou B (professions intermédiaires). Le milieu ordinaire quant à lui emploie 47% de la population active handicapée. Quant au milieu du travail protégé, que nous définirons dans le chapitre suivant, il emploie 17% de la population handicapée qu'il accueille dans les diverses structures, qui le composent.

CONTRAT DE PLACEMENT  
D' UNE EQUIPE DE TRAVAILLEURS HANDICAPES  
DANS UNE ENTREPRISE

Entre le Centre d'Aide par le Travail de l' Epi, géré par le Centre Hospitalier de Montfavet classé en cette catégorie par arrêté du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale en date du 2 Octobre 1980 (JO du 26/10/80) Etablissement Public Sanitaire, érigé en cette qualité suivant décret de Monsieur le Premier Ministre en date du 19 Octobre 1971,

et représenté par son directeur, Monsieur.....  
domicilié au 2 avenue de la Pinède - BP 92 – 84143 Montfavet Cedex,

Date d'agrément du Centre d'Aide par le Travail (CAT) de l'Epi le 21 Janvier 1999 par arrêté préfectoral.

D'une part,

Et la société Anonyme....., ZI de la Courtine, 84096 Avignon,

D'autre part,

**Article 1<sup>er</sup>**

L'entreprise sus désignée met à la disposition du Centre d'Aide par le Travail cinq (5) postes de travail qui seront occupés par un nombre de travailleurs handicapés correspondant.

## **ARTICLE 2**

Les travailleurs handicapés affectés à ces postes de travail continuent à relever du CAT.

## **ARTICLE 3**

Les postes occupés par les travailleurs handicapés comportent les activités suivantes : mise en conditionnement de divers petits matériels de brosse.

## **ARTICLE 4**

Les travailleurs handicapés affectés à ces postes de travail seront placés sous la responsabilité du ou des moniteur(s) techniques du Centre d'Aide par le Travail de l' Epi qui en assure(ent) l'encadrement.

## **ARTICLE 5**

Le prix fixé pour l'exécution de la prestation est (..... € H.T) pour 12 mois à compter du 3 mai 1999.

## **ARTICLE 6**

Les travailleurs handicapés occupent les postes de travail de 8 H 30 à 12 H 00 et de 13 H 00 à 16 H 30 sous contrôle du personnel d'encadrement du CAT de l' Epi.

## **ARTICLE 7**

L'entreprise ici dénommée S/A ..... est responsable des conditions d'hygiène et de sécurité du lieu de travail mis à la disposition des handicapés et du personnel du CAT de l' Epi.

## **ARTICLE 8**

La surveillance médicale particulière prévue pour les travailleurs handicapés est exercée par le médecin du travail du CAT de l' Epi en collaboration avec le médecin du travail de l'entreprise.

## **ARTICLE 9**

Il est clairement rappelé et expressément accepté par les signataires du présent contrat qu'une rupture de ce dernier pourra être demandée par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception qui respectera un préavis de trois (3) mois.

## **ARTICLE 10**

Le Centre d'Aide par le Travail de l'Epi s'engage à présenter une facture mensuelle égale à la prestation fournie par son équipe en trois exemplaires à l'entreprise S/A ..... qui s'engage à réaliser son règlement dès réception.

Fait à Montfavet, 22 Avril 1999

Le donneur d'ouvrage,  
La SA  
Le Directeur Général

Le directeur du Centre  
Hospitalier  
  
Pour le CAT « l' EPI »

CENTRE HOSPITALIER  
84140 MONTFAVET

**CONVENTION ENTRE LE CAT « L' EPI »**  
**ET LE CENTRE HOSPITALIER**  
**DE MONTFAVET**  
**CONTRAT DE GESTION**

Entre le Centre Hospitalier de Montfavet  
Représenté par Monsieur..... , le Directeur,

Et..... Le représentant du CAT «L' EPI»

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

**ARTICLE – 1 – Objet :**

Le présent contrat a pour objet de définir l'étendu et les modalités des prestations servies par le CAT au Centre Hospitalier de Montfavet.

**ARTICLE – 2 – Contenu de la prestation :**

Dans le cadre du contrat de prestations de services qui le lie à l'hôpital de Montfavet, le CAT participe à l'entretien des jardins et espaces verts de l'Etablissement en lien direct avec le service Jardins et Espaces verts, moyennant une rémunération déterminée ci-après. Le contenu de la prestation est décrit en annexe des présentes et est révisable chaque année.

**ARTICLE – 3 – Rémunération :**

La rémunération du CAT est calculée sur le volume de travail prévu, en nombre de journées d'intervention par salarié.

Le paiement est effectué mensuellement, soit .....€uros H.T. par mois, sur facture établie en trois exemplaires par le CAT.

Ce prix sera révisable annuellement.

**ARTICLE – 4 – Contrôle des chantiers et coordination :**

Les interventions du CAT sont effectuées en coordination avec la Direction des Services Economiques.

Le responsable du CAT avertira la Direction des Services Economiques de tout incident ou problème technique ou administratif.

De plus le CAT devra déclarer à l'Etablissement au plus vite, par écrit, les incidents qui seraient de nature à engager sa responsabilité (dommages causés aux tiers notamment).

**ARTICLE – 5 – Evaluation – Bilan annuel :**

En raison de la nouveauté de la prestation, il est prévu d'évaluer entre les parties au 1<sup>er</sup> septembre la charge de travail et la qualité des interventions.

Le CAT adressera à la Direction des Services Economiques en fin d'exercice un bilan de nombre d'interventions par chantier, des surfaces et types d'interventions effectuées.

**ARTICLE – 6 – Durée :**

Le présent contrat est conclu pou un an à compter du 3 mai 1999. Il est révisable chaque année en fonction des besoins de l'Etablissement.

FAIT A MONTFAVET LE

Le Directeur du CAT

Le Directeur Du Centre  
Hospitalier de Montfavet

## CONVENTION DE MISE A DISPOSITION DE MATERIELS DE CUISINE

---

D'une part,

Entre le Centre Hospitalier de Montfavet, Centre d'Aide par le Travail «l' EPI», représenté par son directeur, M.....

Et d'autre part

La société anonyme .....représentée par le Directeur général, Monsieur.....

Il est convenue « ce qui suit » :

La SA .....emploie des travailleurs handicapés dépendants du Centre d'Aide par le travail «l' EPI» encadrés par des moniteurs d'atelier du CAT ; afin de faciliter les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité, il a été convenu entre les deux parties que la SA..... mettrait à disposition du CAT une salle qui servirait à la prise des repas des personnels du CAT et que ce dernier fournirait le matériel de cuisine.

### **I – Description du matériel fourni par le CAT**

- ◆ 1 four type TH.3 marque SOCAMEL n° 88041-10086
- ◆ 1 frigo type froid ventilé UKS 2600.11 marque LIEBHERR n°73.395.520
- ◆ 1 lave vaisselle type LUN 386 marque FAURE n°9900453
- ◆ 1 réfrigérateur type ARG422T. marque ARTHUR MARTIN n°2000.00036

## **II – Travaux de mise en place**

Le CAT prendra en charge le coût de l'installation des matériels décrits dans le I .

## **III – Travaux de maçonnerie**

La SA..... prendra à sa charge les travaux relatifs au cloisonnement et au sol du future espace « repas cuisine ».

## **IV – Entretien du matériel mis à disposition par le CAT**

L'entretien et les réparations du matériel reste à la charge du CAT.

## **V – Consommation d'eau, d'électricité et gaz**

Ces différentes consommations restent à la charge de la S.A.

## **VI – Reprise de la totalité des matériels appartenant au CAT**

Dans tous les cas d'une rupture de la convention de travail qui lie la SA..... et le CAT « l'EPI » et quelle que soit la partie qui annule la dite convention et ici expressément rappelée et acceptée que le CAT récupère la totalité des matériels mis à disposition, sans la SA..... puisse s'y opposer.

Une possibilité étant laissée à cette dernière de pouvoir racheter la totalité des matériels au comptant et sur les bases des prix réclamés par le CAT .

Le Directeur du Centre Hospitalier  
De MONTFAVET,

Le Directeur général

## CONVENTION DE PARTENARIAT ECONOMIQUE

---

### ENTRE :

D'une part,

Le Centre d'Aide par le Travail «l'EPI» représenté par Monsieur....., Directeur de l'hôpital de Montfavet, sis 2 avenue de la pinède – 84140 Montfavet.

Et d'autre part,

FOODS INTERNATIONAL, Société anonyme représenté par Monsieur..... responsable des achats et des flux, sis quartier Madèze – 84810 AUBIGNAN.

Il a été convenu d'établir cette présente convention qui détermine leurs engagements réciproques, à savoir :

### **ARTICLE 1<sup>er</sup> : DETERMINATION DES PRODUITS OBJETS DU OU DES MARCHES**

Aucune obligation n'est faite aux deux partenaires dénommés ci-dessus, hors celle d'accepter ou de refuser les commandes et les prix qui seront négociés entre eux.

La SA ..... Se réserve le droit de passer des commandes au CAT « l' EPI » sur l'ensemble de sa gamme de produits.

## **ARTICLE 2 : GESTION DES COMMANDES**

Chaque commande fera l'objet d'un marché unique qui contiendra les éléments suivants : quantités, prix HT, délais de livraison ou toutes autres conditions que les partenaires auront négociées.

## **ARTICLE 3 : REGLEMENT DES FACTURES**

Pour chaque commande livrée, le CAT « l' EPI » établira une facture correspondante en deux exemplaires. Dès réception, ..... s'engage à la régler sous 10 jours.

FAIT à Montfavet, le

Le responsable  
des achats et des flux

Pour le CAT « l'EPI »  
Le Directeur du Centre  
Hospitalier de Montfavet