



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**CAFDES – 2002**

IRTS – Paris / Ile de France

*Option : Personnes Adultes handicapés*

---

**Accompagner les travailleurs handicapés malades  
mentaux vers l'autonomie sociale.**

**La création d'un service  
d'accompagnement à l'autonomie sociale**

**Thierry COLIN**

"Je crois à la force du paradoxe,  
A la force de ceux que l'on croit faibles  
J'y crois parce qu'ils sont déjà passés par l'épreuve et le doute,  
Et qu'avec eux on peut aller plus loin. "

*Patrick SEGAL, Délégué Ministériel aux Personnes Handicapées*

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>1 - LA PRISE EN CHARGE DU HANDICAP DES MALADES MENTAUX, DU CONTEXTE GENERAL AUX SPECIFICITES .....</b>	<b>9</b>
<b><u>1.1 Histoire du handicap et de la maladie mentale de 1790 à 1975.....</u></b>	<b>9</b>
<b><u>1.2 Le contexte juridique et réglementaire actuel.....</u></b>	<b>11</b>
1.2.1 Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées	11
1.2.2 La circulaire 60AS .....	12
1.2.3 Le vide juridique entourant les services d'accompagnement à l'autonomie sociale .....	13
<b><u>1.3 Les évolutions en cours du cadre juridique.....</u></b>	<b>14</b>
1.3.1 Le projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale.....	14
1.3.2 Les axes actuels des politiques sociales .....	14
<b><u>1.4 Les principaux intervenants du secteur .....</u></b>	<b>16</b>
1.4.1 La Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP).....	16
1.4.2 Le Conseil Général .....	17
1.4.3 L'inter secteur psychiatrique .....	17
<b><u>1.5 Les besoins quantitatifs et les capacités d'accueil.....</u></b>	<b>18</b>
1.5.1 La Population concernée .....	18
1.5.2 Les Capacités d'accueil .....	19
<b><u>1.6 La perception du public et de ses attentes.....</u></b>	<b>24</b>
1.6.1 Le concept de handicap selon le Dr WOOD .....	24
1.6.2 Les handicapés malades mentaux stabilisés.....	26
<b>2 - L'ACCOMPAGNEMENT A L'AUTONOMIE SOCIALE, UN COMPLEMENT INDISPENSABLE A LA MISE AU TRAVAIL .....</b>	<b>31</b>
<b><u>2.1 Approche de l'autonomie et de la qualité de la vie .....</u></b>	<b>31</b>
2.1.1 L'autonomie opérationnelle et les savoir-faire.....	31
2.1.2 L'autonomie subjective et l'appropriation de l'autonomie .....	33
2.1.3 L'accompagné, l'image qu'il se fait de lui-même et de ses possibilités .....	34
2.1.4 Les attentes en terme d'autonomie et de qualité de vie.....	37
<b><u>2.2 Le parcours des Fourneaux de Marthe et Matthieu, de l'association de fait à l'institution médico sociale.....</u></b>	<b>41</b>
2.2.1 L'histoire de l'institution.....	41

2.2.2	La description de la structure aujourd'hui.....	42
2.2.3	Les données économiques.....	44
2.2.4	Les données sociales .....	45
2.2.5	Les principes et les outils de prise en charge .....	47
2.2.6	Les activités professionnelles et de soutien .....	49
2.2.7	Les perspectives d'insertion en milieu ordinaire.....	50
<b>2.3</b>	<b><u>Les besoins non satisfaits</u></b> .....	<b>51</b>
<b>3</b>	<b>LA REPONSE INSTITUTIONNELLE : LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT À L'AUTONOMIE SOCIALE .....</b>	<b>53</b>
<b>3.1</b>	<b><u>Définition de la réponse institutionnelle et des principes de prise en charge</u></b> .....	<b>53</b>
3.1.1	La définition de la structure et du domaine de prise en charge .....	53
3.1.2	L'organisation de la prise en charge.....	54
<b>3.2</b>	<b><u>Les outils méthodologiques d'une prise en charge individualisée</u></b> .....	<b>58</b>
3.2.1	Le livret d'accueil.....	58
3.2.2	La grille d'autonomie et de qualité de vie .....	60
3.2.3	Le Projet individualisé .....	62
3.2.4	La Convention d'accompagnement,.....	64
3.2.5	Les outils d'un partenariat efficace.....	65
<b>3.3</b>	<b><u>Les options managériales</u></b> .....	<b>66</b>
3.3.1	La réunion hebdomadaire de synthèse .....	67
3.3.2	Une large autonomie du travailleur social .....	68
3.3.3	La formation gage de qualité .....	69
3.3.4	L'évaluation de l'encadrement.....	70
3.3.5	La construction de l'unité associative.....	73
<b>3.4</b>	<b><u>Les moyens de mise en œuvre du projet</u></b> .....	<b>74</b>
3.4.1	Les moyens techniques .....	74
3.4.2	Les ressources humaines et les différents profils de poste .....	75
3.4.3	Les moyens financiers du Service d'accompagnement.....	78
3.4.4	<i>Les dépenses et recettes liées aux actions</i> .....	80
3.4.5	Le planning prévisionnel du projet.....	80
<b>4</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>81</b>
<b>5</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>82</b>
1.	Annexe : statuts de l'association .....	82
2.	Annexe : Définition de l'accompagnement social par le mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale (MAIS) .....	87

3.	Annexe : Discours de Mme Dominique Gilot aux journées de l'UNAFAM, portant notamment sur l'accompagnement.....	90
4.	Annexe : Carte de situation et des transports routiers.....	94
5.	Annexe : Carte des établissements relevant du conseil général .....	95
6.	Annexe : Schéma d'élaboration d'un projet individuel .....	101
7. 8. 9	Annexes .....	101
10	annexe : Fiches de poste.....	104
11.	Annexe : Tableaux du personnel .....	109
12.	Annexe : Section d'investissement.....	115
13.	annexe : Budget détaillé et commenté.....	116
14.	Annexe : La procédure de création.....	119
15.	Glossaire .....	121
16.	Bibliographie.....	122

## INTRODUCTION

Le Centre d'Aide par le Travail (CAT) « Les Fourneaux de Marthe et Matthieu », que je dirige depuis quatre ans, reçoit dans les Hauts de Seine, à proximité de La Défense, 44 adultes handicapés malades mentaux ayant fait des études normales. Conformément à la définition de la circulaire 60AS, notre CAT est « simultanément une structure de mise au travail, il se rapproche à cet égard d'une entreprise, et une structure médico-sociale dispensant les soutiens requis par les intéressés et qui conditionnent pour eux toute activité professionnelle. »<sup>1</sup> Dans le cadre d'une prise en charge à temps partiel, 22 heures par semaine, nous proposons une activité de production liée à la restauration événementielle et des activités de soutien visant au développement des capacités professionnelles et à l'épanouissement des personnes.

L'écart entre l'ambition originelle de l'association telle qu'elle s'exprime dans les statuts (annexe 1) et le service réellement apporté par le CAT, ainsi que la perception de nouveaux besoins manifestés par des échanges tant en assemblée générale d'association qu'en conseil d'établissement, m'ont permis de proposer au président du conseil d'administration de l'association les Fourneaux de Marthe et Matthieu un projet de création d'établissement, complémentaire de la prise en charge existante, axé sur l'accompagnement à autonomie sociale.

Ainsi, le président du conseil d'Administration m'a confié la mission de réaliser ce travail d'élaboration du projet en concertation avec les usagers et leur famille, les bénévoles et l'encadrement du CAT.

Le concept d'autonomie s'appuie sur la définition du dictionnaire Le Robert comme un "*droit de se gouverner par ses propres lois, une faculté d'agir librement*"<sup>2</sup> et du Lexique des sciences sociales<sup>3</sup> qui donne la définition "*capacité d'un individu de conserver son intégrité et son indépendance vis à vis du milieu physique et social*". Notre vision de l'autonomie se situe entre ces deux définitions extrêmes et rejoint la définition donnée

---

<sup>1</sup> Circulaire 60AS du 8 décembre 1978, relative aux Centres d'Aide par la Travail, titre 1§3

<sup>2</sup> COLLECTIF, *Le robert d'aujourd'hui*, Paris, Ed Dictionnaire LE ROBERT, 1991

par le Mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale (MAIS) reproduite en annexe 2.

Dans le cas d'adultes handicapés malades mentaux, alors que certaines capacités sont dans l'état actuel de la médecine, définitivement détériorées, les capacités résiduelles sont très importantes surtout entre les périodes de crise. L'autonomie est donc un objectif raisonnable sous réserve que l'adulte handicapé soit en mesure d'identifier et d'utiliser ses capacités et de prévenir les périodes de déstabilisation ; l'intervention d'une tierce personne, conjoint, famille, thérapeute, accompagnateur est alors essentielle.

Le sociologue Michel MAFFESOLI<sup>4</sup> a nourri notre réflexion sur l'accompagnement. Avec le chercheur, nous récusons une vision du monde qu'il qualifie de « *pensée paranoïaque* », fondée sur une opposition entre une personne qui pense et une société qui n'existe que dans la mesure où elle est pensée. La réalité sociale existe indépendamment de la conscience que nous en avons, nous ne la modifions pas ni ne la créons en la pensant ; en revanche, nous entrons en contact avec cette réalité en en prenant conscience. Nous pouvons alors espérer la faire éventuellement évoluer.

Le sociologue met aussi en valeur l'importance de ce qui est « *banal* » comme élément structurant de la réalité sociale et qui pourtant concerne l'aspect le plus concret de notre vie. Nous rejoignons cette position en considérant que d'énormes progrès en terme d'autonomie ou d'image de soi sont réalisés à travers l'acquisition ou le développement de savoir-faire ou de savoir-être courants mais dont l'impact sur la qualité de vie est important.

Enfin, le sociologue insiste sur l'émergence de solidarités au sein de micro-groupes qu'il qualifie de tribales et qui imprègnent d'une manière très profonde notre société. Ces appartenances se basent autant sur des faits, des points de convergences objectifs mais aussi des paramètres ayant trait à l'image et l'imaginaire, à des émotions collectives. Ainsi, Michel MAFFESOLI discerne l'émergence d'un « *homo esthéticus* »<sup>5</sup> qui succède à « *l'homo economicus-politicus* ». Ce point nous confirme dans le choix d'une formule d'accompagnement qui associe travail en binôme accompagné-accompagnateur et travail en équipe plus large.

---

<sup>3</sup> GRAWITZ Madeleine, *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz 5<sup>e</sup> édition, 1991, p33.

<sup>4</sup> MAFFESOLI M., *L'accompagnement social un plus pour la personne handicapée un plus pour la cité*, Actes du colloque de Grenoble 1989, Grenoble : MAIS, 1990, pages 22-23

<sup>5</sup> *ibid*, page 25

**Notre projet correspond donc à la création d'un service d'accompagnement à l'autonomie sociale (SAAS), destiné à des adultes travailleurs handicapés malades mentaux qui résident dans un logement indépendant. Ce service est constitué d'éducateurs désormais appelés «accompagnateurs » intervenant à domicile ou en milieu ouvert au profit d'usagers appelés « accompagnés ».**

Dans un premier temps, je m'attacherai à restituer la problématique de l'accompagnement à l'autonomie sociale dans son contexte général de prise en charge du handicap des adultes, en précisant la spécificité de la maladie mentale.

Dans un second temps, je présenterai l'accompagnement à l'autonomie sociale comme un complément indispensable à la « *mise au travail* » proposée en CAT.

Dans un troisième temps, je présenterai la réponse institutionnelle proposée par l'association, la création d'un service d'accompagnement à l'autonomie sociale.

# **1 - LA PRISE EN CHARGE DU HANDICAP DES MALADES MENTAUX, DU CONTEXTE GENERAL AUX SPECIFICITES**

La conception et la mise en œuvre d'une action de direction cohérente et organisée suppose de poser au préalable le contexte et de délimiter le cadre de l'intervention. Dans un premier temps, je situerai la maladie mentale dans son contexte historique puis légal et réglementaire. Dans un second temps, je tenterai de définir les besoins spécifiques de ce public handicapé et l'offre actuelle de prestation.

## **1.1 HISTOIRE DU HANDICAP ET DE LA MALADIE MENTALE DE 1790 A 1975**

Sous Louis XIV, la construction à Paris de l'Hôtel des Invalides par LOUVOIS, Ministre de la guerre, atteste de la volonté d'accorder reconnaissances et honneurs à ceux qui ont souffert pour la patrie.

Les victimes de guerre sont historiquement les premières catégories de handicapés à avoir été socialement reconnues comme devant bénéficier de compensations pour services rendus à la collectivité. La loi du 2 août 1790 pose ainsi le principe d'avantages sociaux et financiers pour les invalides rescapés des guerres.

En 1793, la nomination de Philippe PINEL à la tête de l'Hôpital de Bicêtre à Paris va marquer un tournant de la prise en charge des maladies mentales. Philippe PINEL décide de supprimer les chaînes qui entravent et animalisent les malades mentaux, puis édifie une méthode d'observation conduisant à classer les désordres mentaux et à cataloguer les moyens de les traiter.

Sous Louis Philippe, la loi du 30 juin 1838 constituera le premier texte législatif moderne spécifiquement consacré à une certaine catégorie de handicapés : les aliénés. Cette loi fera passer les malades mentaux du statut de malade coupable à celui de malade victime à une époque où la pauvreté sous toutes ses formes était synonyme de dangerosité.

Le docteur Jean Etienne ESQUIROL, collaborateur et successeur de Philippe PINEL, fait voter la loi qui dispose à l'article 1° que chaque « *département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés* »<sup>6</sup>. Dans l'article 8, les internements sont soumis à une réglementation précise où la demande de la famille doit être complétée par un certificat du médecin. L'avis du médecin avant et après l'internement devient décisif.

Cependant, cette loi généralise le principe de l'enfermement des malades mentaux.

En 1922, Edouard TOULOUSE institue le premier service ouvert. L'asile d'aliéné évolue vers l'Hôpital psychiatrique avec une variété de prise en charge, hôpital fermé ou ouvert, hôpital de jour, foyer de post-cure, . . .

Longtemps ignorée par le législateur, l'infirmité civile n'a véritablement fait l'objet de ses initiatives qu'après la seconde guerre mondiale. Ainsi, la loi CORDONNIER du 5 août 1949 accorde une allocation aux personnes en cours de rééducation et atteintes d'une invalidité supérieure à 80%. Elle exprime une approche où les populations concernées sont considérées comme des incapables auxquels il convient de donner des moyens de subsistance. Avec le décret du 29 novembre 1953, l'accès aux mesures de rééducations prévues par la loi Cordonnier est étendu aux invalides à moins de 80%.

A partir de 1951, suite aux travaux de Henri LABORIT sur les neuroleptiques, des médicaments efficaces contre les maladies mentales apparaissent. « *Les médicaments ont introduit la dimension du soin dans une institution asilaire qui finissait par la méconnaître tout à fait. . . . Ce changement s'accompagne de la mise en valeur du travail relationnel rendu possible par les effets sédatifs des médicaments.* »<sup>7</sup>

Cependant, ces médicaments ont des effets secondaires importants, par exemple des tremblements, qui nécessitent d'autres médicaments, des correcteurs.

En 1957, promulgation d'une loi portant sur le reclassement des travailleurs handicapés. La loi définissait les "*travailleurs handicapés*" comme toute personne "*dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales.*" Cette

---

<sup>6</sup> MURARD Lion, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Ed RECHERCHE, mars 1975, N° 17, pages 24-27

<sup>7</sup> JEAGER Marcel, *La psychiatrie en France*, Ed SYROS, 1989, pages 98-99

définition est toujours d'actualité auprès des organismes publics concernés par le handicap.

En 1962, d'une part, le principe de sectorisation<sup>8</sup> est voté ; chaque malade dépend désormais du secteur psychiatrique de son domicile qui regroupe environ 70 000 personnes. Le malade est suivi par une équipe médicale et sociale au plus près du lieu d'émergence de la pathologie jusqu'à sa réinsertion sociale et professionnelle.

D'autre part, Monsieur Georges POMPIDOU, premier ministre, commande un rapport sur la situation des handicapés en France. Ce rapport, dirigé par Monsieur BLOCH LAINE, servira à préparer un nouveau cadre législatif apte à assurer efficacement et durablement une protection sociale aux adultes et aux enfants handicapés.

Le rapport "BLOCH LAINE", qui englobe les termes de handicap, infirmité, inadaptation et invalidité, parle de personnes inadaptées pour désigner les personnes handicapées ; il préconise :

- la création d'une allocation aux handicapés adultes,
- l'affiliation automatique des bénéficiaires de l'allocation au régime volontaire d'assurance maladie,
- le travail des handicapés adultes.

L'évolution de la réglementation, conclue par le rapport « BLOCH LAINE », ouvre la voie aux lois sociales de juin 1975 qui, 25 ans plus tard, constituent le cadre réglementaire actuel de notre pratique.

## **1.2 LE CONTEXTE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE ACTUEL**

Le contexte juridique s'appuie sur les lois de 75 prolongées dans le cas des CAT par le décret de 77 et la circulaire de 78.

### **1.2.1 Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées**

Depuis la loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, un pas a été fait pour faciliter la démarche d'insertion et d'intégration des personnes

---

<sup>8</sup> ce principe est aujourd'hui reformulé dans la loi L85-772 du 25 juillet 1985,

handicapées compte tenu d'un milieu ordinaire où elles n'étaient pas spontanément acceptées. Des barrières se présentaient à elles dans tous les domaines : éducation, scolarité, transport, vie professionnelle, hébergement, etc. Si le handicap ne s'opposait pas en soi à l'accès à une citoyenneté pleine et entière, la société n'aidait pas les personnes handicapées à prendre leur place. La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées a eu le mérite de poser le principe d'une dette de la société vis-à-vis des personnes handicapées. L'article 1° mentionne ainsi l'"*obligation nationale*"<sup>9</sup> de prendre en compte les besoins des personnes handicapées tout autant que les besoins des personnes valides.

L'article 5 de cette loi précise que l'objectif est d'"*assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables*"<sup>10</sup>. De même que la personne valide accède à l'autonomie à travers des droits et des dispositifs ainsi qu'une formation qui rendent effectifs cette autonomie, la personne handicapée n'est pas autonome seule mais grâce à l'interaction de ses capacités, même résiduelles, avec une société qui laisse ses capacités d'autonomie s'exprimer. La présence du mot autonomie dans la loi de 75, alors même que les services d'accompagnement à l'autonomie sociale n'étaient pas pris en compte, est à nos yeux significative.

L'article 30 de la loi précise « Les centres d'aide par le travail offrent aux adultes handicapés, qui ne peuvent momentanément ou durablement travailler ni dans les entreprises ordinaires ni dans les ateliers protégés. . . , des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, un soutien médico-social et éducatif et un milieu de vie favorisant leur épanouissement personnel et leur intégration sociale »<sup>11</sup>.

### **1.2.2 La circulaire 60AS**

Le Décret 77-1546, pris en application de l'article 1 du code de la famille et de l'aide sociale, fixe le fonctionnement des CAT ; il a été développé et explicité dans la circulaire 60AS qui est devenue le texte de référence pour les CAT.

---

<sup>9</sup> L75-534 du 30 juin 1975, d'orientation en faveur des personnes handicapées, titre 1 art. 1

<sup>10</sup> *ibid*, titre 1 art. 5

<sup>11</sup> *ibid*, titre 1 art 30

Contrairement aux personnes orientées par la COTOREP en ateliers protégés qui sont des salariés et qui bénéficient de l'ensemble de la réglementation du travail, les usagers des CAT dépendent du code de la famille et de l'action sociale, le droit du travail ne leur est appliqué que dans certains domaines comme l'hygiène et la sécurité.

Cette circulaire développe la double mission des CAT qui font « *accéder, à une vie sociale et professionnelle, les personnes handicapées* »<sup>12</sup>, et leur proposent des activités de soutien visant à leur développement et à leur épanouissement. Enfin, les CAT doivent permettre à ceux « *qui ont manifestés, par la suite des capacités suffisantes, de quitter le centre et d'accéder au milieu ordinaire de travail ou à un atelier protégé* »<sup>13</sup>. Les CAT ne sont donc ni des entreprises commerciales qui pourraient oublier la dimension éducative de leur mission, ni des structures occupationnelles qui pourraient oublier toute activité ou objectif d'insertion professionnelle.

La circulaire fixe des modalités d'accueil spéciales pour les malades mentaux, en insistant sur l'obligation d'une convention avec l'intersecteur psychiatrique et le département pendant la période d'essai.<sup>14</sup>

### **1.2.3 Le vide juridique entourant les services d'accompagnement à l'autonomie sociale**

Les premiers services d'accompagnement ont été créés dans le courant des années 70 comme des prolongements des "services de suite" post-hospitalisation avec lesquels ils se confondent parfois. Comme évoqué ci-dessus, ils ne relèvent pas des lois dites de 75 et n'ont pas de définition réglementaire.

Ce cadre réglementaire qui, à l'heure où ce document est finalisé, est toujours d'actualité et est néanmoins en cours de rénovation pour prendre en compte l'évolution de la société, des besoins des usagers comme des attentes des autorités politiques.

---

<sup>12</sup> Circulaire 60AS du 8 décembre 1978, relative aux Centres d'Aide par le Travail, titre 1§2

<sup>13</sup> *ibid*, titre 1§2

<sup>14</sup> *ibid*, titre 1§144-21

## **1.3 LES EVOLUTIONS EN COURS DU CADRE JURIDIQUE**

### **1.3.1 Le projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale**

Le projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, couramment appelé révision des lois de 75, qui est en discussion au Sénat en novembre 2001, apporte les modifications ou évolutions suivantes, dans le cas particulier des services d'accompagnement à l'autonomie sociale :

- Les droits des bénéficiaires et de leur entourage sont mieux affirmés (charte des personnes accueillies, règlement intérieur, contrat de prise en charge individualisé, projet d'établissement, . . .),
- Les missions de l'action sociale sont élargies aux actions d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, d'assistance, d'accompagnement tant en institution, qu'à domicile ou en milieu ouvert. Les services d'accompagnement à l'autonomie sociale font donc désormais parties des institutions médico-sociales<sup>15</sup> et sont rattachés à la compétence du Conseil Général en terme d'organisation sanitaire et sociale,<sup>16</sup>
- Les procédures de pilotage sont améliorées. En amont, l'évaluation des besoins et la planification médico-sociale sont renforcées par la mise en place de schémas sociaux pluriannuels. Le régime d'autorisation et de financement est désormais lié et les règles de tarifications sont diversifiées,
- Les établissements s'auto-évaluent et font évaluer par des tiers la qualité des prestations qu'ils apportent<sup>17</sup>,
- Les autorisations de fonctionnement sont données pour une durée maximale de 10 ans.<sup>18</sup>

### **1.3.2 Les axes actuels des politiques sociales**

En janvier 2000, dans son allocution devant le conseil consultatif des personnes handicapées, Mr Lionel Jospin, premier ministre, déclarait vouloir axer sa politique en

---

<sup>15</sup> *Projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale*, version du 1<sup>o</sup> février 2001, art 9, § 6 bis

<sup>16</sup> *ibid*, art 13, § b)

<sup>17</sup> *ibid*, art 15

<sup>18</sup> *ibid*, art 17, § 4

faveur des handicapés sur plus « *de solidarité, plus d'autonomie*<sup>19</sup> ». L'orientation politique voulue par le premier ministre « *reconnaît les répercussions de la déficience sur les capacités et l'identité des personnes. Mais elle s'attache surtout à valoriser les potentialités de chacun et à lever les obstacles auxquels tous se heurtent pour s'intégrer mieux.* »<sup>20</sup>

Le discours de Mme D GILLOT au journée de l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM) de juin 2000, reproduit en annexe 3, confirme la place de l'accompagnement social en particulier pour les malades mentaux.

Les préoccupations actuelles des politiques sociales européennes, telles qu'elles sont présentées dans le rapport Piel Roelandt, rejoignent nos préoccupations. « *L'immense volet social en santé mentale part de la nécessité d'apprendre ou réapprendre aux personnes souffrant de troubles mentaux les moyens devant leur assurer un fonctionnement et une participation à la vie en société, en passant par des services en matière de logement pour y vivre, pour aller vers des services de réinsertion professionnelle et de soutien à et dans l'emploi.* »<sup>21</sup>

En janvier 2001, Mme Elisabeth GUIGOU, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, a rappelé, que « depuis 25 ans, l'aspiration à une meilleure intégration des personnes vulnérables, handicapées, ou en situation d'exclusion, a formidablement progressé ; les modalités d'accompagnement, . . . ont été profondément redéfinies ; la volonté de se prendre soi-même en charge, de devenir responsable de son destin, s'est affirmée. »<sup>22</sup>

L'ensemble de ces évolutions qui mettent l'accent sur l'autonomie et les moyens de l'accompagner, ne remettent pas en cause les fondements de l'action en faveur des personnes handicapées, les structures et les intervenants mis en place par les lois sociales de 75.

---

<sup>19</sup> JOSPIN Lionel, Allocution de Mr le premier ministre devant le Conseil National des personnes handicapées, Paris, 25 janvier 2000, § 2

<sup>20</sup> *ibid*, Ch 2 § 1

<sup>21</sup> PIEL Eric, ROELANDT Jean-Luc, *De la Psychiatrie vers la santé mentale*, Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001,

<sup>22</sup> GUIGOU Elisabeth, *Discours de présentation en première lecture du projet de loi rénovant l'action sociale et médico sociale*, Assemblée Nationale, 31 janvier 2001.

## **1.4 LES PRINCIPAUX INTERVENANTS DU SECTEUR**

### **1.4.1 La Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP)**

La définition et le fonctionnement des COTOREP qui sont présentés dans la loi 75-534 du 30 juin 1975, ont été intégrés à l'article D. 323-3 à 11 du code du travail. Le législateur a créé une instance départementale d'orientation présidée par les préfets, la COTOREP, « *chargées de mettre en œuvre et de coordonner l'ensemble des mesures en faveur des adultes handicapés* »<sup>23</sup>. Elles interviennent aussi pour les mesures ou les dispositifs non décrits dans la loi de 75. A ce titre, les orientations en service d'accompagnement sont faites par les COTOREP.

Les COTOREP exercent un pouvoir de décision pour :

- Evaluer l'aptitude au travail et reconnaître la qualité de travailleurs handicapés (RQTH),
- Se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son reclassement professionnel,
- Désigner les établissements ou les services concourant à la rééducation, au reclassement professionnel et à l'accueil des adultes handicapés,
- Apprécier si le taux d'incapacité de la personne justifie l'attribution d'allocation et de la carte invalidité.

Chaque COTOREP se compose d'une commission plénière et de deux sections spécialisées (la première et la deuxième section) entourées par des équipes techniques. Les membres des commissions sont d'origines très diverses et sont nommés pour trois ans. Les commissions sont des outils destinés à traiter la globalité des problèmes posés par l'orientation et le reclassement professionnel des adultes handicapés.

---

<sup>23</sup> L75-534 du 30 juin 1975, d'orientation en faveur des personnes handicapées

### **1.4.2 Le Conseil Général**

« En vertu de la loi du 22 juillet 1983, la responsabilité de l'aide sociale aux personnes handicapées a été partagée entre les départements et l'Etat »<sup>24</sup>.

Le Conseil Général prend en charge les prestations de type hébergement et par assimilation, les prestations d'accompagnement à l'autonomie sociale. Il fixe dans le règlement départemental d'aide social les conditions d'accès aux prestations d'accompagnement à l'autonomie sociale.

Si c'est bien la COTOREP qui décide de l'opportunité du placement en service d'accompagnement, c'est la commission d'admission à l'aide sociale qui prend la décision au titre de l'aide sociale départementale.

Le président du Conseil Général propose les admissions à la commission départementale et exécute les décisions. Il fixe le prix de journée ou la dotation globale des établissements.

### **1.4.3 L'inter secteur psychiatrique**

La circulaire 60 AS permet aux CAT d'accueillir des malades mentaux sous réserve de passer une convention avec chaque inter secteur psychiatrique dont relève l'intéressé.

Cette convention associe le secteur ou l'inter secteur psychiatrique de chaque usager, le CAT et le département dont relève le CAT. Elle est indispensable pendant la période d'essai mais peut être reconduite ou réactivée en cas de nécessité pour l'utilisateur. Compte tenu du nombre d'inter secteurs dont relèvent nos usagers, les conventions sont nombreuses. En annexe 6, nous reproduisons la carte des secteurs des Hauts de Seine.

Le contenu principal de la convention est la possibilité de faire reprendre en charge, voir admettre prioritairement en hospitalisation, une personne malade mentale en phase de déstabilisation. Le bénéfice secondaire de ces conventions est la reconnaissance par le

---

<sup>24</sup> THEVENET Amédée, *L'aide sociale aujourd'hui après la décentralisation*, 13<sup>e</sup> éd. ESF Editeur, 1999, P 388

monde sanitaire de notre travail de CAT au bénéfice des malades mentaux et un regard extérieur sur la stabilisation de ces personnes résultant de la mise au travail. Sur la base de cette reconnaissance, l'échange d'information est facilité, lors des phases de déstabilisation ou de rétablissement, les inévitables aller-retour entre le CAT et l'hôpital sont mieux vécus tant par l'utilisateur que par les équipes d'encadrement. Exceptionnellement, les patients hospitalisés « de nuit » reprennent une activité professionnelle au CAT dès avant leur sortie d'hôpital.

## **1.5 LES BESOINS QUANTITATIFS ET LES CAPACITES D'ACCUEIL**

### **1.5.1 La Population concernée**

Dans l'évaluation quantitative de la population handicapée relevant de notre projet, nous nous intéressons spécifiquement aux malades mentaux psychotiques c'est-à-dire souffrant de dépression, de schizophrénie et de troubles paranoï aques.

L'évaluation quantitative de la population concernée par notre projet de service d'accompagnement a été réalisée en s'appuyant sur plusieurs sources spécifiques aux malades mentaux ou plus générales.

La dernière enquête<sup>25</sup> de la Direction de la Vie Sociale du Conseil Général des Hauts de Seine évaluant les besoins en structure d'accueil pour adultes handicapés à partir des données contenues dans les dossiers CDES et COTOREP, fait apparaître que:

- 93,7 % (45 870 pers.) des adultes handicapés vivent à domicile,<sup>26</sup>
- Les personnes souffrant d'un handicap psychique (sans handicap intellectuel, locomoteur ou sensoriel) sont estimées à 5 250 dont 75 % sont aptes au travail mais "seulement" 7 % sont aptes en milieu ordinaire.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> RAPPORT, *Enquête sur les besoins en structure d'accueil pour adultes handicapés évalué à partir des données médicales contenues dans les dossiers CDES et COTOREP*, Nanterre, non publié Bib vie sociale réf AF62 DIR, 1987.

<sup>26</sup> *ibid*, page 15

<sup>27</sup> *ibid*, page 26

**Ainsi, la population des Hauts de Seine, relevant d'un handicap psychique apte au travail protégé se situerait aux environs de 3 500 personnes.**

Dans ma pratique de directeur de CAT, je constate que :

- La moitié des travailleurs handicapés du CAT, qui vivent seuls, relève d'un accompagnement à l'autonomie sociale. Ils rencontrent des difficultés croissantes avec la baisse du soutien apporté par les parents qui vieillissent,
- Les travailleurs du CAT qui résident dans leur famille, ne pourront pas s'autonomiser sans un accompagnement adapté.
- Les travailleurs qui quittent le CAT pour le milieu ordinaire, expriment souvent le besoin d'un accompagnement à l'autonomie sociale alors même que la prise en charge en CAT devient superflue,
- Les adultes en liste d'attente sont, dans l'ensemble, en cours ou en voie d'autonomisation dans le logement. L'accompagnement social est un des composants important du succès de leur réinsertion.

Ayant ainsi essayé d'évaluer quantitativement au plus près les besoins des adultes handicapés malades mentaux, nous devons rapprocher ces éléments des capacités d'accueil dans notre département.

### **1.5.2 Les Capacités d'accueil**

Compte tenu du schéma des établissements et structures pour adultes handicapés<sup>28</sup>, actualisation 2000, établi par le Conseil Général des Hauts de Seine, la capacité d'accueil des services d'accompagnement du département s'élève à 260 places en 1999. Pour la période 2000-2006, le Conseil Général a décidé de créer 120 places supplémentaires de service d'accompagnement soit une augmentation d'environ 45% de la capacité installée.

Le schéma départemental des adultes handicapés<sup>29</sup> établi par la DDASS des Hauts de Seine abouti à une estimation légèrement inférieure pour les places installées au 31

---

<sup>28</sup> Conseil Général des Hauts de Seine, *Schéma des établissements et structures pour adultes handicapés*, Nanterre, Rapport, actualisation 2000,

<sup>29</sup> DDASS DES HAUTS DE SEINE, *Schéma départemental des Adultes Handicapés*, Rapport, 2001, page 32-33

décembre 2000, soit 244 de service d'accompagnement. L'annexe 5 présente les cartes des structures pour adultes handicapés dans les Hauts de seine extraites de ce document.

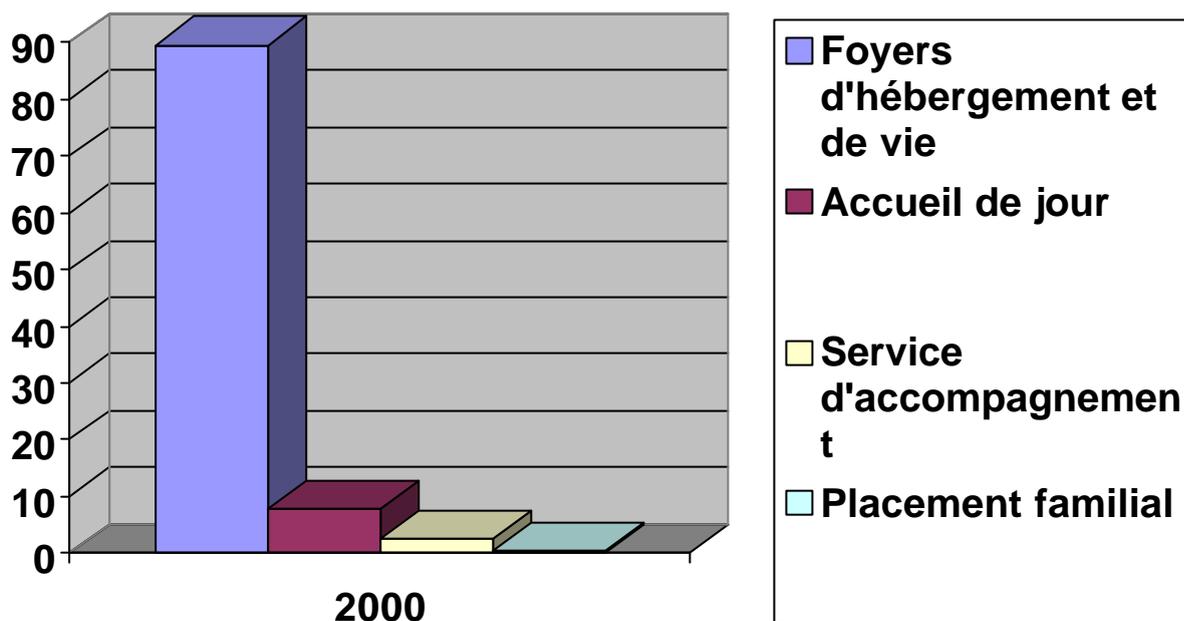
Capacité d'accueil du département des Hauts de Seine :

	Total des places 90	Répartition des places 90	Places créées entre 91-99	Total des places 99	Répartition des places 99	Augmentation des places 99/90	Places projetées entre 00-06	Total des places 06	Répartition des places 06
Foyers d'hébergement	337	41 %	211	548	31 %	63%	120	686	30 %
Service d'accompagnement	46	6 %	214	260	15 %	465%	120	380	17 %
Centre d'initiation au travail et aux loisirs (CITL)	256	31 %	199	455	26 %	78%	80	535	23 %
Foyers occupationnels	179	22 %	189	368	21 %	105%	160	528	23 %
Foyers à double tarification	0		115	115	7 %	115%	60	175	8 %
<b>TOTAL</b>	<b>818</b>		<b>928</b>	<b>1746</b>		<b>113%</b>	<b>540</b>	<b>2 286</b>	

Il ressort de ce tableau que la croissance des services d'accompagnement s'est faite au détriment des foyers d'hébergement et des CITL ce qui confirme la place de ces services comme une alternative au placement en institution. Pour autant, la capacité d'accueil, dans toutes les catégories de prise en charge dépendant du conseil général, doit augmenter entre 1999 et 2006.

<sup>30</sup>Actuellement, 41,3% des adultes handicapés ressortissant du département des Hauts de Seine sont hébergés, pris en charge ou suivis dans le département contre 58,7% hors du département. Ceci implique que malgré les efforts consentis, l'équipement du département des Hauts de Seine reste insuffisant.

Le budget pour les 2400 personnes handicapées prises en charge par le Conseil général des Hauts de Seine, 45,7 M €, se répartit ainsi en pourcentages .<sup>31</sup>



Ce graphique met en lumière le faible poids budgétaire de la prise en charge des adultes handicapés en service d'accompagnement, 2,5 % du budget pour 17 % des places. Compte tenu de la recherche du meilleur rapport investissement/prise en charge, le concept du service d'accompagnement est intéressant.

---

<sup>30</sup> Conseil Général des Hauts de Seine, *Schéma des établissements et structures pour adultes handicapés*, Nanterre, Rapport, actualisation 2000, page 10

<sup>31</sup> *ibid*, page 11

Coût de fonctionnement et nombre de journées des services prévus par le schéma départemental des hauts de seine :

	Nb de places	Coût journalier	Nb de journées	Coût annuel en MF
Foyer d'héb. de CAT	40	68,60 €	330	0,90 M €
Foyers intégrés	120	38,11 €	330	1,51 M €
Service d'accompagnement	120	15,24 €	330	0,61 M €
CITL	80	53,36 €	225	0,96 M €
Foyers de vie	160	106,71 €	330	5,63 M €
Foyers à double tarification	60	129,58 €	365	2,84 M €
CITL pour personnes vieillissantes	40	53,36 €	225	0,49 M €
<b>TOTAL</b>	<b>620</b>			<b>12,93 M €</b>

Compte tenu du retour attendu sur les Hauts de Seine d'adultes handicapés pris en charge hors du département, la dépense supplémentaire est évaluée par le Conseil Général à « seulement » 4,6 M €

Actuellement, quatre services d'accompagnement acceptent les malades mentaux dans le département des Hauts de Seine et deux sont spécialisés pour l'accueil des malades mentaux ; la capacité d'accueil départementale ouverte aux malades mentaux est de 45 places généralistes et 70 places spécialisées.

### **Adéquation de la prise en charge**

La disproportion entre le nombre de places offertes et la taille de la population susceptible de faire appel à un service d'accompagnement est évidente, que l'on s'appuie sur les sources statistiques ou sur notre appréciation subjective.

D'autre part, qualitativement, les malades mentaux ont des problématiques que nous estimons trop spécifiques pour être facilement mélangées avec d'autres types de handicap. Les adultes handicapés malades mentaux ont des comportements qui déroutent des personnes présentant d'autres types de handicap. La fragilité est souvent associée à une grande finesse d'intelligence. Les éducateurs doivent acquérir les clés de la maladie mentale et adopter des comportements spécifiques.

Une appréciation plus juste de l'adéquation de la prise en charge passe par une interrogation sur la nature du handicap en général et du handicap des malades mentaux en particulier.

## **1.6 LA PERCEPTION DU PUBLIC ET DE SES ATTENTES**

Nous rappellerons brièvement la classification internationale du handicap (CIH), établie par Philippe WOOD pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui a été adoptée en 1988 par le Ministre Français des Affaires Sociales. Cette approche constitue donc une référence incontournable pour un établissement social, en particulier dans les relations avec la COTOREP des Hauts de Seine. Cependant, nous tenons à évoquer les limites de cette classification dans le cas d'adultes malades mentaux qui, tout en bénéficiant des dispositions réglementaires en faveur des handicapés, ne peuvent être confondus avec les personnes pour lesquelles cette classification a été conçue.

Ainsi dans ma pratique de directeur, je m'appuie sur des axes d'analyse développés spécifiquement pour les malades mentaux qui me semblent plus pertinents et immédiatement utilisables.

### **1.6.1 Le concept de handicap selon le Dr WOOD**

Le Docteur Philippe WOOD.<sup>32</sup>, épidémiologiste anglais de Manchester, a défini une classification internationale du handicap (CIH) qui repose sur la distinction entre :

---

<sup>32</sup> Actes du Colloques CTNERHI, *Classification internationale des Handicaps : du concept à l'application*, Evry, Diffusion PUF, 1987.

- Une déficience : perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction (psychologique, physiologique ou anatomique).
- L'incapacité : réduction, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales. L'incapacité est donc la conséquence de la déficience.
- Le désavantage : conséquence des déficiences ou des incapacités, il représente une limitation ou une interdiction d'accomplissement d'un rôle social normal.
- L'originalité de cette démarche est de décrire une personne par plusieurs traits à la fois, en se plaçant du point de vue de la personne dans son environnement.

Pour notre public, une déficience unique et commune, la déficience psychique va avoir comme conséquence de multiples incapacités concernant :

- Le comportement,
- La communication,
- Les soins corporels,
- La locomotion,
- Les maladresses,
- Certaines situations ou tâches, . . .

Les désavantages sont conséquemment dans les six rôles sociaux suivants :

- L'orientation par rapport à l'environnement,
- L'indépendance physique,
- La mobilité,
- L'occupation du temps,
- L'intégration sociale,
- L'indépendance économique,

Déficience, incapacité et désavantage sont donc trois éléments constitutifs du handicap. Le lien qui existe entre ces trois concepts n'est ni linéaire, ni systématique. Si une déficience importante peut n'engendrer qu'une incapacité et un désavantage mineur dans une situation donnée, une déficience légère peut engendrer une incapacité et un désavantage importants. Cependant, si la déficience est liée à la personne, le désavantage, et donc le handicap, sont liés à l'interaction avec la société qui peut être aménagée.

Selon Pascale ROUSSEL<sup>33</sup>, les limites de la CIH sont les suivantes :

- La classification est lourde à manipuler, le système de codage est trop complexe,
- Certaines dimensions sont insuffisamment décrites,

- Une vision trop médicale,
- L'absence de prise en compte des contraintes environnementales,

Ces éléments nous ont conduits à nous tourner vers d'autres outils.

Ces outils sont ceux présentés dans le travail de synthèse de l'Université de Calgary<sup>34</sup> sur les attentes des adultes handicapés malades mentaux. Ce travail contribue à la rénovation de la CIH. Nous étudierons plus en détail, en partie II-A, les principes des outils retenus comme base méthodologique de notre travail d'évaluation de la qualité de vie, en nous appuyant sur des exemples tirés de l'expérience du CAT.

### 1.6.2 Les handicapés malades mentaux stabilisés

Sans chercher à mener une fine analyse médicale des pathologies qui sont variées dans leurs causes et dans leurs manifestations, mais compte tenu de la spécificité de la population accueillie, des adultes handicapés malades mentaux psychotiques, et en accord avec mon expérience de direction au CAT, il me semble indispensable de poser dans un premier temps la définition des pathologies rencontrées, puis de lister les principales attitudes relationnelles<sup>35</sup> à notre disposition.

#### *La maladie mentale*

La psychose est, selon Michel HANUS<sup>36</sup>, « *une organisation particulière de la personnalité dont l'élément essentiel est un trouble de l'identité d'où il découle un flou plus ou moins important dans la saisie des limites entre soi et non-soi, sa propre réalité et celle de l'extérieur.* »

La personnalité psychotique a les caractéristiques générales suivantes :

- la fragilité et la rigidité, l'incapacité à supporter les frustrations,

---

<sup>33</sup> ROUSSEL Pascale, *La révision de la classification internationale des handicaps en 1996*, Handicap et inadaptation les cahiers du CTNERHI, oct.-déc. 1996, n° 72, pages 89-91

<sup>34</sup> ATKINSON Mark J, ZIBIN Sharon, *Evaluation de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques : analyse critique des mesures et des méthodes*, Rapport, Univ. de Calgary, 2001, CH2.1 §2

<sup>35</sup> Distinction entre attitude thérapeutique et thérapie : « Mettre des poissons rouges dans la salle de séjour d'un malade, ce peut être un acte à visée psychothérapeutique mais il n'y a pas de thérapie par les poissons rouges », dans ACHAINTE André, *Les psychothérapies de l'adulte, Soins infirmiers en psychiatrie*, Ed LAMARRE POINAT, 1979, T2, page 614

<sup>36</sup> HANUS Michel, *Psychiatrie de l'étudiant*, MALOINE, 9<sup>e</sup> édition, 1998, page 48

- la difficulté à obtenir des satisfactions gratifiantes,
- l'incapacité à modifier ou déplacer ses investissements,
- la mobilisation d'une énergie excessive face aux stimulations externes,
- la difficulté à retrouver un équilibre après une stimulation déstabilisante,
- le recours systématique aux mêmes moyens sans adaptation aux situations.

Le délire est le symptôme le plus visible des malades mentaux en situation de déstabilisation. Il se définit par « *une déformation subjective de la réalité s'accompagnant de la conviction solide du sujet. Il s'agit d'une erreur incorrigible, d'une perception ou d'un sentiment erronés que le sujet n'arrive pas à mettre en doute et auxquels il adhère avec plus de force qu'à la réalité extérieure .* »<sup>37</sup>

La dépression, qui ne fait pas partie au sens strict des psychoses, se caractérise par une humeur dépressive et une inhibition.

Le sentiment de tristesse, de douleur morale, d'impuissance globale et d'auto-dépréciation est d'une grande intensité émotionnelle, incontrôlable et irraisonnable.

L'inhibition se traduit par une fatigue intense. Le ralentissement est à la fois moteur, les gestes et les discours spontanés sont rares, et psychique, la pensée est laborieuse voire douloureuse.

Les idées suicidaires sont fréquentes.

La schizophrénie se caractérise par « la transformation profonde et progressive de la personnalité qui cesse de construire son monde en communication avec autrui pour se perdre dans un chaos imaginaire. »<sup>38</sup>

La personne rassemble un ensemble de troubles où dominent une dislocation de la vie mentale, une division de la personnalité, une perte de contact avec la réalité et un repli sur soi.

La dissociation de la pensée et du langage s'exprime par le recours aux métaphores et à des images donnant aux expressions un caractère bizarre, la manipulation gratuite de concepts abstraits, une perte de la pensée dans des raisonnements d'allure scientifique ou philosophique sans contact avec le réel.

La dissociation affective s'exprime par un appauvrissement de l'affectivité et des réactions émotionnelles.

---

<sup>37</sup> ibid, page 47

<sup>38</sup> ibid, 1998, page 67

La dissociation du comportement psychomoteur est la conséquence de l'hypersensibilité, de l'ambivalence émotionnelle et comportementale. La personne tend à considérer simultanément les aspects positifs et négatifs des actes psychologiques ; elle s'enferme dans l'indécision et l'absurdité du geste.

Le délire paranoï de est une fausse croyance personnalisée, non partagée socialement, évidente pour le sujet dont la conviction ne peut être ébranlée.

La paranoï a se caractérise par un orgueil démesuré, la méfiance, la susceptibilité, l'agressivité et provoque chez le malade le sentiment d'être persécuté.

La paranoï a avec son délire logique et construit s'appuie sur une fragilité pré-existante de la personnalité sans laquelle l'évolution délirante n'aurait pas été possible.

La personne paranoï aque a les traits suivants:

- la suspicion permanente,
- la crainte exagérée de l'agressivité d'autrui,
- la distance excessive avec ses interlocuteurs,
- l'autoritarisme jusqu'au despotisme,
- l'incapacité à mettre en cause son propre système de valeur,
- l'égoïsme, l'orgueil, parfois la mégalomanie,
- l'intolérance jusqu'au mépris,
- la logique faussée par la passion,
- un raisonnement juste sur des prémisses fausses.

Cette pathologie interdit une « conception exacte du monde extérieur et de soi même car elle pèse sur les images et les souvenirs » et ne laisse parvenir à la conscience que des « notions partiellement sélectionnées et systématiquement tronquées et incomplètes. »<sup>39</sup>

### *Les postures relationnelles en fonction de la situation clinique des malades mentaux psychotiques*

Si nous ne voulons pas nous substituer au référent médical responsable du soin, en nous fondant sur l'ouvrage La Santé Mentale de Paul SIVADON et Jeanne DURON<sup>40</sup>, il

---

<sup>39</sup> ibid, 1998, page 101

<sup>40</sup> SIVADON Paul, DURON Jeanne, *La santé mentale*, Epoque Privat, 1979, pages 189-209

nous semble nécessaire de connaître et utiliser des attitudes de soutien pour aider l'accompagné à renforcer son autocontrôle et à réduire son stress.

La motivation à des intérêts extérieurs, à des activités épanouissantes ou génératrices de lien social, sera particulièrement privilégiée pour les personnes repliées sur elles mêmes.

Cette axe de soutien est au ~~cor~~ de la démarche d'accompagnement et le lien entre l'accompagnateur et l'accompagné sera renforcé par ce moyen.

La réassurance est le moyen de gérer les craintes de l'accompagné. Dans un premier temps, l'accompagné est invité à exprimer ses craintes verbalement. Dans un second temps, l'accompagnateur réalise un « feed back » positif et rassure l'accompagné en investissant toute son autorité. Ce moyen de soutien psychologique est à utiliser sans modération même si les personnalités les plus ancrées dans la dévalorisation d'elles mêmes peuvent détecter facilement le « truc » et s'y opposer.

Exemple : DF est un ingénieur qui a décompensé gravement et perdu son travail, sa femme, la garde de ses enfants, . . . Dans ces conditions, il exprime la peur d'être rejeté par ses enfants.

Le moniteur d'atelier écoute souvent cette crainte omniprésente et lui représente à l'esprit les situations où il a manifesté son rôle et son statut de père.

La dynamique de groupe vise à utiliser les interactions et la dynamique du groupe pour permettre à ses membres d'évoluer plus et plus vite dans leur autonomie qu'ils n'auraient été capable de faire isolément.

L'accompagnateur doit cependant veiller à éviter certains obstacles :

- la pensée moutonnaire en ouvrant systématiquement les perspectives,
- le repli sur le groupe, en orientant certaines activités sur l'extérieur.

La directivité est une posture de l'accompagnateur qui consiste à intervenir dans la vie de l'accompagné en apportant des réponses « toutes faites ». Ce choix d'accompagnement adapté à des personnes particulièrement faibles ou dépassées par les événements, ne peut être qu'exceptionnel et limité dans le temps. En effet, l'accompagné risque :

- d'entrer dans une dépendance excessive vis à vis de l'accompagnateur,
- l'adhésion de l'accompagné à l'action, donc sa persévérance, sera faible,

- en cas de déception, les risques de crise ou décompensation sont très importants.

La persuasion qui représente une version douce de la directivité, présente les mêmes risques si les éléments objets de la persuasion ne sont pas réellement assimilés par l'accompagné.

La pression ou coercition ne se justifie que dans les cas de personnalités immatures qui perdent leur auto contrôle et menacent de passer à l'acte de manière grave.

Exemple : Mlle FP, 25 ans, est une handicapée très intelligente et immature. De manière répétitive, elle cesse de prendre ses médicaments et consomme manifestement des produits stupéfiants. Ses relations dans le milieu de la prostitution et de l'échangisme la mettent en danger. Son état physique et psychique se dégrade. Les hospitalisations à la demande d'un tiers sont la seule réponse honnête et adaptée.

« La libre expression verbale des sentiments amène à une décharge des tensions, une déculpabilisation rassurante et élève le seuil de tolérance aux frustrations. »<sup>41</sup>

Si le CAT est d'abord le lieu du travail et donc celui d'une retenue dans l'expression, la relation d'accompagnement doit ouvrir de larges espaces de libre expression.

Cependant, dans notre vision de l'accompagnement opérationnel, le rôle de l'accompagnateur est de recentrer sur les problématiques concrètes, en laissant au thérapeute tout ce qui ne relève pas de la préparation de l'action.

Cette réflexion sur le cadre général de l'intervention envisagée et sur les besoins spécifiques des adultes handicapés malades mentaux, prépare le travail d'analyse de notre pratique et de formalisation du projet sur la base des besoins insatisfaits des usagers.

---

<sup>41</sup> ibid, page 191

## **2 - L'ACCOMPAGNEMENT A L'AUTONOMIE SOCIALE, UN COMPLEMENT INDISPENSABLE A LA MISE AU TRAVAIL**

Mettre en place un complément au projet d'établissement actuel revient à identifier les besoins globaux de notre public. Dans un second temps, positionner clairement la prise en charge actuellement offerte par le CAT permettra de délimiter les contours d'une prise en charge complémentaire objet du projet d'accompagnement.

### **2.1 APPROCHE DE L'AUTONOMIE ET DE LA QUALITE DE LA VIE**

Le Syndicat National des Associations des Parents d'Enfants Inadaptés (SNAPEI)<sup>42</sup> a défini plusieurs degrés d'autonomie qui vont de l'autonomie physique à l'autonomie morale en passant par l'autonomie intellectuelle et affective.

- L'autonomie physique consiste à maîtriser les techniques du corps dans un milieu culturel donné.
- L'autonomie intellectuelle consiste à acquérir une maîtrise de l'espace et du temps suffisante et à accéder aux raisonnements déductif, inductif et analogique.
- L'autonomie affective consiste à se libérer des liens affectifs subits pour être capable de choisir et de s'investir dans une relation affective volontaire et maîtrisée.
- L'autonomie morale consiste à être capable de choisir le bien.

Mon expérience de Directeur de CAT, rencontrant en entretien les travailleurs lors de l'admission, lors de problème et à la sortie lors de la validation du projet d'insertion, est que pour une personne malade mentale, les éléments structurant du quotidien sont des supports essentiels de la stabilisation de la maladie et de l'autonomie affective.

#### **2.1.1 L'autonomie opérationnelle et les savoir-faire**

Cette autonomie opérationnelle correspond à trois aspects :

---

<sup>42</sup> ECHAVIDRE Pierre, ECHAVIDRE Marie-Simone, CHEMARIN Yves, *Autonomie et socialisation*, SNADOC, Cergy Pontoise, éditions Dialogue, 1995

- Les savoir-faire,
- Les savoir-être,
- L'accès aux droits.

#### Les savoir-faire

Les adultes handicapés malades mentaux ont souvent été surprotégés par leur entourage ou encore, ils n'ont jamais acquis ou ont perdu des savoir-faire de base.

Exemple : CW, 27 ans, travaille au CAT depuis 4 ans. Elle projette de quitter ses parents pour un appartement. Chez ses parents, elle ne réalise aucune activité ménagère et il lui est formellement interdit de toucher à un équipement ménager.

Avec l'aide d'une bénévole, un petit programme d'acquisition des compétences est mis en place autour du linge : tri du linge sale, utilisation de la machine (choix du programme et des produits, chargement,), séchage avec ou sans machine, repassage, pliage, rangement, . . .

Quelques semaines plus tard, une réunion avec la famille est organisée au CAT pour faire le point. A cette occasion, nous évoquons le projet de CW de s'autonomiser et, malgré le scepticisme des parents, nous obtenons un accord de principe pour qu'elle entretienne désormais son linge seule.

#### Les savoir-être

Les savoir-être sont tous les comportements sociaux que l'on doit maîtriser pour vivre en société. Pour de nombreux malades mentaux, choisir d'acheter une paire de chaussure en solde sans céder à la pression commerciale, faire une réclamation auprès d'une administration dans des formes adaptées, ni agressives ni soumises, sont des comportements difficiles à maîtriser.

Exemple : KB, 33 ans, travaille au CAT depuis 1 an. Il doit dans le cadre du règlement intérieur prévenir de ses heures d'absences exceptionnelles motivées et poser ses jours de vacances mobiles, par exemple lors des vacances scolaires. Or, demander une permission lui est un acte difficile ; il éprouve une angoisse avant de s'adresser à un « supérieur » et un sentiment d'humiliation même après avoir obtenu un accord.

En conséquence, KB s'absente sans prévenir ce qui conduit l'encadrement à sévir, remarques, avertissements écrits et mises à pied alternent avec les mises au point éducatives.

L'incapacité de KB à demander une permission se produit dans toutes les situations où l'accomplissement de son désir est soumis à la médiation d'un tiers. Ce déficit de

savoir-être nuit gravement à la qualité de vie de KB.

#### L'accès aux droits

De nombreux droits ont été reconnus aux adultes handicapés, pour autant, l'accès à ces droits pose régulièrement des problèmes, soit liés à la capacité des adultes handicapés à les réclamer, soit dus à l'obstruction des interlocuteurs pour des raisons diverses.

Exemple : OF, 31 ans, travaille au CAT depuis 2 ans. Domicilié à Paris, il paye sa carte orange plutôt que de faire les démarches pour obtenir une carte de transport gratuite « améthyste » à laquelle il sait avoir droit.

Seule l'aide d'un tiers lui a permis de bénéficier d'une carte améthyste.

Ces différentes dimensions, que nous appelons l'autonomie opérationnelle, reviennent à dire que l'adulte handicapé ne peut accéder à une réelle autonomie que dans la mesure où il a été suffisamment équipé en matière de savoir-faire, de savoir-être et de prise en compte de ses droits. Cet équipement ne peut se faire que par une formation et une maturation qui s'inscrivent dans le temps.

### **2.1.2 L'autonomie subjective et l'appropriation de l'autonomie**

Le psychologue et les accompagnateurs, qui ne sont pas des soignants, peuvent se trouver en situation de thérapeutes en cas de troubles liés à l'accompagnement, (la relation à l'engagement contractuel, la règle commune ou la norme sociale). En revanche, ils ne travaillent pas avec le sujet sur les conflits psychiques inconscients.

L'un des rôles de l'accompagnateur est d'aider le sujet à verbaliser et intégrer les répercussions psychologiques de l'autonomisation. Le rôle du psychologue est d'intervenir en second niveau dès lors que se présente une difficulté ou une étape que l'accompagnateur n'arrive pas à gérer seul.

Cette intervention psychologique se fait à trois niveaux :

- Le sujet, l'image qu'il se fait de lui-même et de ses possibilités,
- L'entourage social et professionnel,
- L'avenir social et professionnel.

### **2.1.3 L'accompagné, l'image qu'il se fait de lui-même et de ses possibilités**

L'ensemble des acquisitions réalisées à travers les activités d'autonomisation, est essentiel et aisément perceptible par l'accompagné et son entourage. Cependant, ces acquisitions ne permettent pas à elles seules de retrouver une autonomie durable car l'aptitude à l'autonomie sociale n'est pas uniquement une question de savoir-faire.

L'aptitude à l'autonomie est l'adéquation des savoir-faire avec la conscience de l'accompagné de ses capacités et de ses limites.

Le rôle de l'accompagnateur et du psychologue est d'aider l'accompagné à s'appuyer sur ses acquis pour restaurer son image de soi et redonner une plus juste place à sa maladie. Percevoir cette maladie comme une des limites des capacités d'action et de réalisation de l'accompagné, demande du temps et un travail difficile sinon pénible.

Il faut donc donner à l'accompagné le temps nécessaire pour intégrer le handicap à travers un travail de deuil, pour mettre en place les comportements adaptés et les techniques d'auto-contrôle permettant de limiter les conséquences des crises. Pour cela, l'accompagnateur et le psychologue doivent bien souvent adopter une attitude de modération :

- Quand l'accompagné progresse dans ses capacités, l'accompagnateur doit prendre en compte ses progrès sans oublier les limites qui subsistent ou subsisteront.
- Quand l'accompagné est en échec, l'accompagnateur doit relativiser cet échec par rapport au degré d'autonomie initial et valoriser les acquis.

L'objectif n'est pas que l'accompagné fasse l'économie de sa souffrance mais qu'il puisse la verbaliser avec l'accompagnateur pour l'exploiter par la suite, plus en profondeur, avec son thérapeute.

Exemple : MC, 35 ans, travaille au CAT pendant deux ans puis passe une qualification professionnelle en milieu ordinaire. Après un an passé en entreprise, il craque et passe six mois en hôpital psychiatrique ; puis il est réadmis au CAT.

Face à la perception de son échec et d'un vrai progrès comme impossible, nous valorisons un parcours qualifiant et le réel progrès en terme de productivité et de savoir-faire. Nous resituons sa fragilité dans les limites induites par la maladie.

Deux ans plus tard, MC a reconstruit un projet d'insertion en milieu ordinaire plus prudent et peut être plus hésitant mais avec de bonnes chances de succès.

Cependant, la souffrance et sa manifestation doivent demeurer à l'intérieur de limites compatibles avec la poursuite de l'autonomie résidentielle et avec la participation régulière de l'accompagné aux activités. Pour cela, leur prise en compte rapide par le psychologue doit permettre d'éviter que le processus d'accompagnement lui-même ne soit interrompu.

Le chemin d'autonomie n'est pas uniquement un effort d'apprentissage, d'attention et de volonté. Chaque évolution redéfinit la place de la maladie : décider d'accepter l'augmentation d'une médication, accepter d'être contrôlé et évalué, renoncer au bénéfice secondaire de la maladie comme une certaine liberté de parole, etc ...

### **Le travail avec la famille et le réseau**

La survenue de la maladie mentale chez un adulte, ayant fait un parcours scolaire et professionnel plus ou moins normal, implique des modifications du réseau familial (modifications des relations, état de dépendance, anxiété ...) et l'arrivée d'intervenants nombreux et variés. Il est nécessaire d'établir tant avec la famille qu'avec ces intervenants, un contact avec principalement deux objectifs :

*En début d'autonomisation*, il faut faire le point sur le type de relation établie avec l'adulte depuis l'apparition de sa maladie :

- les aides apportées,
- les bénéfices secondaires induits,
- l'inquiétude,
- la perception de l'avenir, etc.

Si avec la famille, le but est surtout de faire le point sur un vécu souvent difficile, pour les autres acteurs de la prise en charge, il est important de se reconnaître et de répartir la prise en charge. Il faut baliser les étapes (cadre administratif, règlement intérieur) et les passages obligés de l'autonomisation (découragement, sentiment d'impuissance ou euphorie) et associer la famille et le réseau aux bilans, surtout si une étape importante est envisagée (déménagement, formation, réorientation).

Dans un second temps, l'objectif visé par ces rencontres est de permettre une adéquation entre les capacités et les moyens nouveaux développés par l'accompagné, la conscience qu'il en a, et la confiance que lui manifeste son entourage familial et médico-social. Ces derniers doivent être informés pour trouver avec l'accompagné une attitude juste, stimulante et rassurante, ne nier ni les progrès réalisés en terme d'autonomie professionnelle (projet de carrière) ou sociale (capacité à se loger, projet de couple, etc), ni la réalité de la maladie.

### **Le travail avec l'accompagné concernant la représentation de son avenir.**

L'autonomisation s'inscrit dans un processus dynamique ; la représentation qu'a l'accompagné de son avenir se modifie au fur et à mesure des évolutions. L'accompagné doit mettre en place un projet cohérent tenant compte de son milieu social et professionnel. Les axes de développement sont variés : investissement dans des activités personnelles, sociales ou professionnelles, nouvelle orientation, nouvelle formation.

L'accompagnateur doit respecter les principes suivants :

- Partir des possibilités de l'accompagné et de son désir. Aider à l'émergence de la motivation en privilégiant les richesses et les attentes de l'accompagné. Intégrer les contraintes matérielles de lieu, de formation ou de profession existante. Donner le temps aux objectifs de se préciser en fonction de l'évolution personnelle de l'accompagné. Il faut donc éviter les effets d'opportunité « Il y a un studio libre », les automatismes trop faciles « l'informatique te plait, inscris toi au club de la mairie ».
- Ne pas intervenir dans les choix de l'accompagné mais l'informer et l'aider à discerner sans décider à sa place.

Intervenir habituellement serait dangereux car l'accompagné risquerait de faiblir devant les difficultés s'il ne les a pas auparavant délibérément acceptées comme des obstacles normaux pour atteindre ses objectifs.

Exceptionnellement, après avoir suffisamment étudié l'alternative avec l'accompagné, l'accompagnateur doit savoir donner l'impulsion qui mettra fin aux tergiversations trop prolongées de l'accompagné fasciné par le choix qu'il doit faire. Cet acte est légitime dans la mesure où l'accompagné qui se trouve devant une prise de décision inévitable, n'a pas encore la capacité fonctionnelle de poser l'acte de la volonté qu'est la prise de cette décision. Laisser trop longtemps une personne

handicapée devant son impuissance à décider serait sans doute plus destructeur que la « bousculer ».

- Etre capable de parler vrai avec l'accompagné et lui décrire sans détour les éléments objectifs, ses capacités d'adaptation, d'endurance, d'apprentissage et surtout son degré de stabilisation et d'auto contrôle de sa maladie. Si une orientation, conforme aux souhaits de l'accompagné, ne semble pas réaliste au vu des progrès et des limites constatés, il est du devoir de l'accompagnateur de le dire. Il ne s'agit pas, d'imposer un point de vue ni de fermer des portes que l'accompagné souhaite ouvrir, mais de préserver un bon niveau de contact avec la réalité. L'expérience du CAT confirme que bien souvent, en voulant ménager le travailleur, on le laisse s'enfermer dans un processus d'échec prévisible. Renoncer à lui représenter des éléments objectifs de la réalité n'aide pas le psychotique à reprendre pied dans la réalité.
- Faire aussi souvent que possible appel à l'intervention de structures spécialisées de bilan de compétence et d'évaluation professionnelle dans la mesure où l'encadrement du service n'a pas la technicité pour mener ces bilans et évaluations.

#### **2.1.4 Les attentes en terme d'autonomie et de qualité de vie**

Mon expérience de directeur a été enrichie par le travail de synthèse de l'Université de Calgary sur les attentes des adultes handicapés malades mentaux. Les attentes des adultes handicapés psychotiques peuvent être approchées sur la base des paramètres suivants<sup>43</sup> :

- La santé et les symptômes psychiques,
- La situation financière et professionnelle,
- Les conditions de vie et le logement,
- Les rapports sociaux,
- Les activités de loisirs et créatives,
- Les engagements éthiques et religieux.

---

<sup>43</sup> ATKINSON Mark J, ZIBIN Sharon, *Evaluation de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques : analyse critique des mesures et des méthodes*, Rapport, Univ. de Calgary, 2001, CH2.1 §2

## La santé et les symptômes psychiques

Il n'est pas possible de faire l'économie d'une appréciation clinique qui ne relève pas en premier lieu du jugement de l'accompagnateur. Ainsi, tous les travailleurs handicapés du CAT bénéficient d'un suivi médical et d'une prescription médicamenteuse ; ils sont alors considérés a priori comme stabilisés. Ce principe d'appréciation reste pertinent pour la prise en charge en service d'accompagnement.

Mon expérience me pousse à dire que l'accompagnement ou la mise au travail d'une personne psychotique qui ne veut pas se soigner sérieusement, est une perte de temps, pour elle comme pour l'établissement. Si le médecin psychiatre ne peut rien pour la personne qui refuse de se soigner, que peut faire un éducateur ?

En revanche, nous ne devons jamais cesser d'attendre et d'espérer une maturation de l'accompagné qui réouvre un chemin de croissance et de réadmission dans le service d'accompagnement.

Cependant, même si les dispositions de l'accompagné sont favorables au traitement, le caractère suivi de la prise des médicaments n'est pas acquis. Souvent, les périodes de prise régulière des médicaments produisent un sentiment excessif de guérison. L'utilisateur peut alors réduire ou supprimer le traitement de son seul chef. La déstabilisation conduit à une régression voir un naufrage de la personnalité dans la maladie et souvent à une hospitalisation.

Certains médicaments ont des effets secondaires pénibles, tremblements, ou une symbolique douloureuse, la piqûre d'Aldol retard étant ressentie comme un « viol » et une négation de la liberté et de la responsabilité du malade.

Le suivi psychothérapeutique est souvent négligé ou refusé par la personne malade mentale. Le travail de fond sur le vécu et le comportement est pourtant essentiel à la progression.

Enfin, la problématique psychiatrique peut masquer ou conduire à négliger d'autres symptômes comme une maladie organique.

Exemple : Mlle MTD, 35 ans, se plaint entre autre de douleurs oppressantes à la poitrine. Compte tenu d'un comportement hystérique, les référents privilégient des causes psychologiques. Ne supportant plus sa douleur, elle appelle SOS médecin et est hospitalisée. Un cancer du sein à un stade avancé est diagnostiqué et MTD

décèdera en quelques mois. Avec son hôpital de jour, nous l'avons accompagnée jusqu'en phase terminale.

## La situation financière et professionnelle

Les deux sources principales de revenu des travailleurs handicapés sont les revenus du travail et les revenus de transferts, allocation adulte handicapé ou pension invalidité. Souvent la famille complète ces ressources, don d'électroménager ou accueil pendant les vacances.

Les revenus de transferts sont théoriquement de simples droits à faire valoir. En pratique, ils sont souvent conditionnés au respect de procédures complexes et évolutives qui posent le problème de l'accès au droits des travailleurs handicapés.

Exemple : en juillet 2001, la CAF des Hauts de Seine, contrairement à celles des autres départements de l'Île de France, a supprimé l'allocation adulte handicapé (AAH) de tous les travailleurs sans carte d'invalidité. Hors, la carte d'invalidité, dont l'utilité est surtout liée aux transports ou à l'accès à certains équipements collectifs, n'était pas un impératif.

Le renouvellement de dossiers COTOREP ou le remplissage de bordereaux de déclaration de ressources de la CAF sont l'occasion d'erreurs ou de délais dépassés qui conduisent à la suspension ou à la suppression des versements.

## Les conditions de vie et le logement

L'accès au logement, l'amélioration du cadre de vie constituent des points de contact essentiels avec la réalité de l'autonomie de l'adulte handicapé et de reprise en main de sa destinée. En cas de crise, les interventions ponctuelles d'aide à domicile permettent souvent de préserver la qualité d'un cadre de vie qui autrement évoluerait vers le squat. Dans les Hauts de Seine, le niveau des loyers du secteur privé et le manque de place dans le secteur social font du logement des adultes handicapés un problème crucial. Ce problème devient vite insurmontable en cas d'urgence, parents qui ne peuvent plus accueillir leurs enfants, ou d'impondérable, comme une hospitalisation de longue durée.

### *Les rapports sociaux*

Les adultes psychotiques éprouvent des difficultés à maintenir un réseau amical dès lors qu'ils sont insérés en milieu ordinaire.

L'absence de vie de couple ou de vie familiale ainsi que souvent un sentiment d'exclusion communautaire sont l'occasion d'une souffrance plus ou moins aiguë mais prégnante. Le cas des personnes qui à l'occasion de la maladie mentale, ont vu leur couple se détruire, la garde et l'autorité parentale sur les enfants retiré, en est une illustration frappante.

#### *Les activités de loisirs et créatives*

Les malades mentaux ont dans l'ensemble des capacités intellectuelles et créatives comparables à celles de la population ordinaire.

Les activités occupationnelles laissent souvent insatisfaites des personnes qui souhaitent accéder à une véritable reconnaissance artistique, progresser dans leur technique de peinture, exposer et vendre leurs toiles. L'insertion artistique ou sportive en milieu ordinaire est aussi importante et difficile que l'insertion professionnelle. Ainsi, il est important de soutenir le développement et l'autonomie de la personne handicapée dans ce domaine sans nier les contraintes et les limites apportées par la maladie.

#### *Les engagements éthiques et religieux*

Selon MASLOW<sup>44</sup>, l'homme possède cinq types de besoins fondamentaux dont l'assouvissement est nécessaire pour un développement équilibré de la personne. Ces besoins sont classés par ordre d'importance croissante au sein d'une pyramide qui visualise le fait que chaque besoin « supérieur » s'appuie sur la satisfaction du besoin « inférieur ». La pyramide des besoins de MASLOW place les besoins de réalisation de soi en particulier dans les domaines éthiques et religieux au sommet. Il est important de ne pas dénier aux adultes handicapés l'aptitude et le droit à s'engager dans des actions caritatives, une quête esthétique ou un chemin authentiquement spirituel.

Exemple : GP, 50 ans, travaille au CAT depuis 10 ans après avoir été comptable. Il consacre une partie de ses dimanches à préparer les repas sur la péniche de l'Ordre de Malte au Bois de Boulogne. Dans cet environnement, il quitte la posture de l'utilisateur pour endosser le rôle du bénévole accueillant.

---

<sup>44</sup> DIQUEMARE D, *Approche opérationnelle du concept d'autonomie*, Les cahiers de l'ACTIF, n° 199, p55 à 75

Cette approche nous semble la plus pertinente et de nature à prendre en compte tant les difficultés que les opportunités de réalisation de l'adulte malade mental pris dans sa globalité et non pas restreint aux axes qui lui posent le plus de difficultés.

## **2.2 LE PARCOURS DES FOURNEAUX DE MARTHE ET MATTHIEU, DE L'ASSOCIATION DE FAIT A L'INSTITUTION MEDICO SOCIALE,**

### **2.2.1 L'histoire de l'institution**

Comme la plupart des institutions intervenant dans le secteur médico-social, le CAT Les Fourneaux de Marthe et Matthieu, est géré par une association dite de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 : L'association Les Fourneaux de Marthe et Matthieu.

A la fin des années 80, les CAT destinés spécifiquement aux adultes malades mentaux ayant fait des études normales étaient rares. Aujourd'hui encore, le rapport PIEL ROELANDT constate « *Peut-on véritablement espérer travailler au soin et à l'insertion des usagers de la santé mentale quand même les circuits de travail protégé (CAT et Ateliers protégés) sont pour la plupart inaccessibles à ces usagers précisément ?* <sup>45</sup> »

Selon notre expérience, pour une personne ayant mené une vie sociale et professionnelle normale avant d'être atteinte par la maladie mentale, il n'est pas possible, de faire le deuil de ses capacités intellectuelles, de son travail, de sa famille et de ses amis, pour se reconstruire au milieu de personnes dont le handicap s'est développé dans un contexte complètement différent.

Des thérapeutes et des psychiatres du secteur se sont donc regroupés pour soutenir la création d'une structure de travail protégé destinée spécifiquement aux malades mentaux et faisant dès le départ le choix d'une collaboration étroite avec les psychiatres de secteur.

---

<sup>45</sup> PIEL Eric, ROELANDT Jean-Luc, *De la Psychiatrie vers la santé mentale*, Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001,

L'association "Les Fourneaux de Marthe et Matthieu", créée en 1989, s'est donnée pour objet statutaire dans son article 2 de "*favoriser la réinsertion professionnelle et sociale de convalescents en psychiatrie adultes ayant fait des études normales*".

Ce projet associatif s'est incarné en 1989 dans un lieu de vie et de travail sans référence aux dispositifs médico-sociaux existants. Deux ans plus tard, compte tenu de la convention signée par le président de l'association et le préfet des Hauts de Seine, l'établissement a pris la forme d'un Centre d'Aide par le Travail (CAT) dont le caractère expérimental et innovant tient à l'homogénéité de la population accueillie, des malades mentaux ayant fait des études normales, et au rythme de travail, le mi-temps.

Dans un premier temps, la prise en charge a été globale, associant mise au travail et soutiens classiques en CAT et, déjà, accompagnement social et professionnel, sans distinction des rôles ni des besoins. Ainsi, un moniteur d'atelier pouvait faire les courses d'un travailleur handicapé accidenté entre deux livraisons pour des clients. Le directeur pouvait assurer des prestations de médiation en entreprise pour une personne sortie du CAT. Ce mode de fonctionnement s'expliquait par un investissement militant très fort des équipes de fondation et par une relative faiblesse de la charge de travail « productif » qui rendait possible ces activités annexes.

Le recentrage sur la vocation du CAT s'est mis en œuvre progressivement sur plusieurs années. Ce mouvement a été initié par la professionnalisation puis par la qualification d'éducateur technique obtenue par un moniteur d'atelier. Ce dernier a introduit la notion de projet individualisé et d'évaluation vers 1995. Après 1998, le mouvement s'est poursuivi par l'accent mis sur les méthodes et outils de prise en charge<sup>46</sup>.

Ce travail de formalisation et de maturation de la prise en charge permet de dresser aujourd'hui un bilan social et professionnel de l'action du CAT.

## **2.2.2 La description de la structure aujourd'hui**

La structure est composée d'une équipe d'encadrement et d'une équipe de travailleurs handicapés qui exploitent ensemble un outil de production.

---

<sup>46</sup> Méthodes et outils décrits en partie II C-4, page 42

L'équipe d'encadrement est composée d'une part :

- d'un directeur,

d'une équipe administrative

- un psychologue, responsable du personnel handicapé,
- une secrétaire administrative et comptable,
- une commerciale.

D'une équipe technique

- un moniteur d'atelier pâtissier ,
- deux moniteurs d'atelier cuisiniers,
- un moniteur d'atelier livreur maître d'hôtel.

L'équipe de travailleurs handicapés regroupe 44 personnes avec un titre d'employé polyvalent de cuisine et des perspectives de spécialisation en commis de cuisine, pâtissier, chocolatier et serveur.

L'outil de travail est composé d'un local d'activité de 200m<sup>2</sup> dont 100 m<sup>2</sup> aménagés en cuisine et 70m<sup>2</sup> de stocks, un outillage de type et de qualité professionnel et des véhicules d'intervention. L'ensemble de cet outil doit être entretenu et renouvelé en fonction des évolutions de la réglementation en matière de sécurité et d'hygiène.

Si l'outil de travail est ordinaire, son utilisation est adapté aux capacités et aux limites des convalescents de psychiatrie.

- Le travail de nuit et le dimanche sont quasiment absents,
- Les horaires sont le plus souvent réguliers et la durée du travail est respectée,
- Les processus de production sont décomposés en tâches simples,
- Le travail en binôme est systématisé,
- Le travail assis est la règle même si le travail debout est encouragé.

### 2.2.3 Les données économiques

Les ressources du CAT sont le budget principal d'action sociale (BPAS) versé par la DDASS, le complément de rémunération (CR) versé par la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) qui, avec la rémunération directe, constitue la garantie de ressource des travailleurs handicapés en CAT, et le budget annexe de production et de commercialisation (BAPC).

La répartition des ressources du CAT s'établit de la manière suivante :

	BPAS – DDASS	CR – DDTEFP	BAPC
CAT FMM 2000, Budgets	259 k €	91 k €	41 k €
CAT FMM 2000, répartition	28%	17%	55%
HAUTS DE SEINE <sup>47</sup> , répartition	45%	30%	25%

La structure des ressources du CAT est comparable aux autres CAT accueillant une population de malades mentaux et faisant le choix d'une filière professionnelle. Ainsi l'exemple de l'association lyonnaise Messidor qui s'adresse au même public mais a une taille très supérieure, donne la répartition suivante :

	BPAS – DDASS	CR – DDTEFP	PAPC
Ass. MESSIDOR <sup>48</sup> Budget 1999	1,5 M €	1,9 M €	6,2 M €
Répartition 1999	16 %	20 %	64 %

Dans notre cas, les dons ou les subventions exceptionnelles liés à des projets spéciaux, outre qu'ils sont irréguliers, constituent entre 0 et 15 000 € soit un maximum de 2 % des ressources annuelles.

---

<sup>47</sup> COLLECTIF, *Tableau de bord des centres d'aide par le travail d'Ile de France, exercice 1996*, DRASS IDF, 1998, page 34

<sup>48</sup> VERRY V., *Handicap psychique & réinsertion*, Brochure octobre 2000, p. 28

## 2.2.4 Les données sociales

Le CAT les Fourneaux de Marthe et Matthieu a accueilli en 10 ans 80 personnes si l'on prend comme critère d'entrée l'admission en garantie de ressources. Aujourd'hui, 40 personnes bénéficient de la garantie de ressources avec une ancienneté moyenne de 20 mois et 4 sont en période d'essai non rémunérée.

Actuellement, les Fourneaux de Marthe et Matthieu sont la seule structure des Hauts de seine à proposer exclusivement du temps partiel proche du mi-temps. En 1996, selon le tableau de bord des CAT d'Ile de France<sup>49</sup>, sur 9 707 travailleurs en CAT, 24 avaient un temps de travail inférieur au mi temps sur l'année ; ils se trouvaient tous dans notre CAT. Le travail à temps partiel, toute durée confondue, s'élève à 363 personnes soit 3,74% de la population de travailleurs handicapés en CAT.

La population accueillie se répartit de la manière suivante dans la pyramide des âges :

20/25 ans	26/30 ans	31/35 ans	36/40 ans	41/45 ans	46/50 ans
3	12	9	11	6	3

Ces éléments confirment que la moyenne d'âge se situe aux alentours de 33 ans avec une remarquable stabilité depuis 5 ans. Les nouveaux travailleurs ont le plus souvent entre 25 et 30 ans.

La totalité de ceux qui nous quittent pour un emploi en milieu ordinaire ont moins de 35 ans. Nous expliquons ce fait par l'exclusion générale des demandeurs d'emploi peu ou pas qualifiés de plus de 35 ans du marché du travail. De plus, les psychotiques au delà de 35 ans sont objectivement usés par la maladie et les traitements médicamenteux. Enfin, au delà de cinq ans de présence au CAT, la motivation pour changer s'estompe le plus souvent ou disparaît.

---

<sup>49</sup> COLLECTIF, *Tableau de bord des centres d'aide par le travail d'Ile de France, exercice 1996*, DRASS IDF, 1998, page 27

Le mode d'hébergement de cet effectif est intéressant à analyser.

PROVENANCE	NOMBRE
Famille	12
Autonome	26
Foyer de vie	5
Autre *	1
TOTAL	44

\* Cette personne est en cours d'hospitalisation de nuit.

Notre projet d'établissement précise que nous accueillons des personnes ayant un niveau scolaire normal, soit le Bac ou une qualification professionnelle.

En octobre 2001, la répartition des formations est la suivante :

QUALIFICATION	NOMBRE	%
Bac +3 à BAC ++	5	12 %
Bac à BAC+2	17	39 %
Qualification profess. < BAC	6	14 %
Autre < BAC	15	35 %
TOTAL	44	100 %

Ce tableau montre que le recrutement du CAT est en réalité plus large que la définition formulée dans le projet d'établissement puisque 35 % de l'effectif n'a ni réussi le BAC ni acquis une qualification professionnelle.

La rémunération moyenne directe par travailleur handicapé s'élève à 10% du SMIC à comparer à une moyenne de 10,81% du SMIC dans les Hauts de seine et de 12% du SMIC pour l'ensemble de l'Ile de France. Cette modicité de la rémunération pour une population qui a une production respectable s'explique par le choix d'un métier valorisant mais qui exige une infrastructure et des postes de travail coûteux et le respect d'une réglementation sanitaire en constante évolution.

## 2.2.5 Les principes et les outils de prise en charge

La prise en charge médico-sociale s'est structurée ces dernières années autour de deux principes :

- la pédagogie VITTOZ,
- le professionnalisme.

de quatre outils :

- l'entretien de suivi,
- le projet individuel,
- la convention,
- l'auto-évaluation.

La pédagogie VITTOZ<sup>50</sup> propose un processus de rééducation de l'usage du cerveau en deux temps. En réponse à Mr DESCARTES, le Dr VITTOZ affirme « Je sens donc je suis ».

- Dans un premier temps, le système nerveux est mis au repos par l'usage intensif des sens dans le cadre de l'activité courante de production en cuisine.
- Dans un second temps, le cerveau est « rééduqué »<sup>51</sup> dans sa dimension active, l'attention, la prise de décision, le jugement, . . .

Bien que la méthode du Dr VITTOZ ait été à priori destinée aux personnes névrosées, cette approche s'est révélée pertinente dans le contexte de la mise au travail de malades mentaux stabilisés disposant tous d'un suivi psychiatrique et thérapeutique souvent de type analytique.

Le professionnalisme s'appuie sur trois principes :

- Une exigence élevée, adaptée aux capacités de travail de chacun. Cette exigence conduit tous les travailleurs à se dépasser. L'encadrement remet périodiquement en cause les limites de chaque travailleur de manière à ne pas figer les situations.
- L'apprentissage par contact direct comme mode normal de transmission du savoir. Chaque nouveau travailleur acquiert les savoir faire, la maîtrise des outils et des procédures en réalisant les tâches immédiatement nécessaires aux commandes.

---

<sup>50</sup> D'ESPINEY P, *La psychothérapie du docteur Vittoz*, Paris, Ed Pierre Téqui, 1997,

<sup>51</sup> Le terme rééducation doit être entendu dans son sens médical, soit « l'ensemble des moyens mis en œuvre pour rétablir chez un individu l'usage d'un membre ou d'une fonction ». BOURILLON A, CABANIS EA, CHAPUIS Y et al., *Larousse médical*, Paris, Ed LAROUSSE, 1995, p. 881

Pour cette raison, toutes les tâches sont effectuées à deux, un moniteur d'atelier ou un travailleur handicapé plus avancé «tuteurant » un travailleur moins avancé. Ce dernier progresse de la réalisation de tâches parcellaires par imitation, à la réalisation autonome d'un ensemble cohérent de tâches correspondant à une recette pour aboutir à un rôle de manager de son binôme.

Un tableau des savoir-faire permet de suivre le niveau d'acquisition de chaque travailleur.

- Une rigueur conduisant à n'accepter que les résultats conformes aux standards de qualité du milieu ordinaire. Cette confrontation permanente à une norme professionnelle objective évite l'égaré dans l'illusion ou l'affectivité.

L'entretien de suivi est le lieu de la réflexion sur le vécu professionnel et du balisage en terme d'objectif et de respect de la règle.

Le rythme de l'entretien est théoriquement annuel. En pratique, il est souvent anticipé à l'occasion d'un événement ou d'une demande de l'usager. Il doit pourtant être distingué d'un entretien de recadrage même si le rapport à la règle est important.

L'entretien de suivi se déroule en présence du travailleur, de son moniteur d'atelier référent, du psychologue et du directeur. Il permet de prendre de la distance par rapport au vécu quotidien du travailleur pour ouvrir la réflexion. Les points positifs sont valorisés comme les points négatifs. Le désir et les projets d'insertion en milieu ordinaire sont reconnus ou encouragés.

Cet entretien se conclut par une prise de décision stratégique qui peut aller de la sortie rapide du CAT jusqu'à la définition d'un objectif défensif, « tenir les morceaux » tant que la maladie le permet.

Le projet individuel est apparu quand le nombre des travailleurs a rendu impossible un parcours unique. En effet, il ne faut poser ni les mêmes objectifs ni les mêmes activités à deux travailleurs dont l'un est vieillissant et stabilisé et l'autre est en phase de récupération après une période d'hospitalisation.

La convention formalise de manière succincte les engagements concrets et réciproques entre le travailleur et le CAT tels qu'ils découlent du projet individuel. Elle permet un retour facile sur les démarches concrètes aux quelles se sont engagées les parties.

La convention ne traite pas uniquement du séjour au CAT des travailleurs mais aussi, par exemple, lors de leur départ pour un poste en milieu ordinaire ou en cas d'hospitalisation de longue durée, des modalités de retour éventuel.

L'auto-évaluation vise à mettre en lumière le plus clairement possible, pour le travailleur et son moniteur, l'aptitude au travail, la capacité d'apprentissage et l'autonomie. Elle est pratiquée dès la fin du premier mois de stage et lors de chaque moment clé du parcours. Cette évaluation est contradictoire et les écarts doivent être justifiés. Ainsi, une divergence d'avis sur la ponctualité et l'assiduité d'un travailleur doit pouvoir s'éclairer par une consultation de la feuille de présence. Certaines absences justifiées, motif familial grave ou passage d'un concours administratif, ne seront effectivement pas considérées comme de l'absentéisme.

Les principaux domaines d'auto-évaluation sont les suivants :

- Autonomie (adaptation à la nouveauté, exercice de la responsabilité),
- Apprentissage (capacité d'assimilation, organisation et méthode),
- Attitude au travail (relation aux normes, intérêt au contenu, attitude corporelle).

L'auto-évaluation se conclut en premier lieu par une synthèse générale de type « absence d'effort et de progrès », « progrès faibles » à « progrès importants » et « tenue du poste excellente et régulière ».

Compte tenu des points significatifs de l'évaluation, des décisions sont prises sur des points d'amélioration prioritaires comme « arriver à l'heure au travail » jusqu'à « apprendre à formuler une critique justifiée sous une forme correcte ».

## **2.2.6 Les activités professionnelles et de soutien**

Les personnes actives au CAT se voient proposer une activité de restauration traiteur à temps partiel, soit 22 heures par semaine dont 20 heures de travail effectif et 2 heures de soutien soit 10% du temps.

La qualité des prestations réalisées est identique au milieu ordinaire ; la structure est contrôlée par les services vétérinaires et par un laboratoire de contrôle qui effectue des tests bactériologiques et des audits de bonne pratique professionnelle.

Au sein du CAT, les travailleurs handicapés peuvent se spécialiser en pâtisserie, cuisine, livraison, services maître d'hôtel et dans une moindre mesure boulangerie, chocolat,

décoration, caissier, webmaster (gestionnaire et chef de projet du site internet du CAT et de l'association), . . .

La qualité et l'identité professionnelle de l'atelier sont très importants pour la reconstruction de l'image de soi et la valorisation de l'activité. Dès la fin de la période d'essai, les travailleurs choisissent un poste en fonction de leur affinité et se présentent comme pâtissier, cuisinier ou serveur.

La notion de soutien est le second pilier de la prise en charge en CAT, elle n'est pas annexe mais donne son équilibre à la prise en charge en CAT. Les activités de soutien se répartissent de la manière suivant :

soutien de premier type, à vocation pédagogique ou professionnelle.

- Ateliers collectifs ou individualisés d'acquisition de savoir faire,
- Stages d'application ou d'évaluation en milieu ordinaire.

Le soutien de premier type est souvent diffus dans le cas du travail en cuisine.

soutien de second type, à vocation d'épanouissement social et socioculturel.

- Animation sociale (repas en commun, anniversaires, pendaison de crémaillère),
- Actions d'assistance sur demande particulière (fuite d'eau, . . .),
- Activité d'autonomisation (actuellement couture, fortement recommandée pour toute personne qui ne sait pas recoudre un bouton ou faire un ourlet de pantalon),
- Activités culturelles (visite de musée, cinéma, . . .) ou sportives (tennis, randonnée).

L'expérience concrète du travail et la dynamique de soutien conduisent souvent à une amélioration des compétences et donc à un désir d'insertion ou de réinsertion en milieu ordinaire. Ce désir est aiguïté par l'exemple des collègues qui quittent le CAT dans les mêmes conditions.

### **2.2.7 Les perspectives d'insertion en milieu ordinaire**

Le plus souvent, les adultes handicapés travaillant au CAT ne persévèrent pas dans la restauration, car ce milieu, très formateur, est trop exigeant pour des convalescents, particulièrement en terme d'endurance et de résistance au stress.

Au sein du CAT, les travailleurs handicapés trouvent ou retrouvent les bases d'un comportement professionnel permettant une insertion en milieu ordinaire :

- La capacité à auto-gérer la maladie dans un contexte professionnel fait souvent de petites ou de grandes frustrations.
- La capacité à anticiper les déstabilisations par le choix d'une hygiène de vie caractérisée par la modération.
- Des petits moyens qui permettent de palier certaines déficiences notamment de l'attention (carnet pour noter les tâches à faire, montre qui sonne toutes les 15 minutes).

Les projet individuels d'insertion s'orientent le plus souvent dans le domaine des services (secrétariat, comptabilité, accueil, tourisme, aide à domicile ) ou les travaux peu qualifiés (ouvrier agricole, magasinier, . . .) avec le passage par un établissement de transition, entreprise d'insertion, formation qualifiante, contrat emploi solidarité (CES) ou contrat initiative emploi (CIE).

Certains mettront l'accent sur une insertion sociale non professionnelle : engagement artistique, associatif, projet de couple ou familial, . . .

Au delà de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire au sens stricte, le parcours d'autonomisation sera considéré comme un succès si l'adulte handicapé se stabilise dans son projet, intègre par exemple un CAT à temps complet ou accède à un logement et une vie sociale autonome.

Cependant, compte tenu de la maladie mentale qui est invalidante et évolutive, l'insertion et l'autonomie ne sont jamais des acquis définitifs. Les déstabilisations et les dégradations de la santé peuvent se manifester. Le travail éducatif doit accepter cet aléa qui peut aller jusqu'à l'invalidation du projet d'autonomisation.

### **2.3 LES BESOINS NON SATISFAITS**

Nous estimons que le CAT les Fourneaux de Marthe et Matthieu répond à sa vocation de mise au travail et de soutien auprès de travailleurs handicapés et qu'il réalise des

résultats d'insertion en milieu ordinaire comparables aux établissements accueillant le même public soit entre 10% et 20% du public accueilli suivant les années.

Pourtant, certains travailleurs candidats au CAT ne peuvent pas être admis ou ne réussissent pas leur période d'essai pour des raisons liées moins au manque de capacité, d'aptitude ou de stabilisation qu'au manque d'autonomie sociale.

De même, certaines personnes autonomes dans le cadre du travail en milieu protégé, n'arrivent pas à supporter la solitude du travailleur handicapé en milieu ordinaire. L'échec de l'insertion en milieu ordinaire tient alors au manque de lien social. Ce dernier point est particulièrement dramatique car l'adulte handicapé va intégrer que son épanouissement social est antinomique de son épanouissement professionnel.

Nous pensons avoir mis en lumière le décalage qui existe entre la prise en charge au sein du CAT et la prise en compte globale des besoins de la personne handicapée malade mentale telle qu'elle ressort de l'évaluation de la qualité de vie.

L'ensemble de l'analyse de la situation et du besoin d'accompagnement des malades mentaux ainsi que le chemin parcouru par notre CAT dans sa vocation d'insertion professionnelle, nous permet de poser les bases d'un projet de création non seulement innovant, donc ouvert à plusieurs avenir possibles, mais également en prise directe avec notre expérience des besoins des usagers, donc ciblé sur un public et des attentes précis.

### **3 - LA REPONSE INSTITUTIONNELLE : LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT A L'AUTONOMIE SOCIALE**

Créer un nouveau service au sein d'une association, pour un directeur, c'est accepter de se faire porteur d'un projet validé par un conseil d'administration (CA). Cependant, de la lettre de mission remise par le président du CA au service d'accompagnement opérationnel, il y a un espace et un temps qui permettent des aménagements.

Le rôle du directeur me semble alors de coordonner, stimuler l'accouchement et la formalisation du projet. Il est effectivement le leader de l'équipe, nécessairement celui qui fixe les limites de la prise en charge et qui rappelle les principes fondateurs de l'association surtout aux travailleurs sociaux les plus fraîchement intégrés.

Les principes et les règles de prise en charge, les procédures et les outils sont alors la formalisation de la maturation de toute l'équipe d'encadrement et surtout pas l'expression du pouvoir d'un homme seul. Le projet d'établissement assurera le regroupement des énergies et des capacités d'initiative autour de points communs garantissant la cohérence de la prise en charge.

#### **3.1 DEFINITION DE LA REPONSE INSTITUTIONNELLE ET DES PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE**

##### **3.1.1 La définition de la structure et du domaine de prise en charge**

Comme annoncé en introduction et défini par le MAIS en annexe 2, l'accompagnement social est constitué des tâches qui concourent à l'autonomie d'adultes travailleurs handicapés. Cette activité doit revenir à une structure « d'accompagnement vers l'autonomie sociale » constituée d'« accompagnateurs » au profit d'« accompagnés ».

La structure de base du service d'accompagnement à l'autonomie sociale sera la « Maisonnée », groupe de 5 à 10 accompagnés avec un accompagnateur attitré, s'appuyant sur l'accompagnement individuel et la dynamique de groupe pour évoluer personnellement.

Nous ne voyons pas de paradoxe à aborder l'autonomie aussi sous l'angle du groupe. Le rôle du groupe est de combattre l'illusion de l'autosuffisance et de favoriser le contact avec la réalité. La taille du groupe doit permettre une véritable relation personnelle entre chaque participant et une vie du groupe en dehors des activités organisées. Les groupes trop larges saturent les capacités de relation interpersonnelle des accompagnés et finissent par appauvrir le réseau relationnel. Les accompagnés les moins autonomes ont besoin d'un réseau relationnel réduit donc de maisonnée de petite taille.

En conséquence, nous nous réservons d'adapter la taille des maisonnées et donc le nombre d'accompagnateurs dans la limite de 4 équivalents temps plein pour 40 places. Ainsi, le service pourrait être structuré en une combinaison de maisonnées de 5 à 10 places avec un encadrement composé de 4 à 8 accompagnateurs.

Les domaines d'intervention de l'accompagnement sont principalement :

Vie quotidienne,

Le logement, l'autonomie ménagère et le petit entretien,

L'équilibre de vie, la santé et l'hygiène,

L'équilibre budgétaire et les formalités administratives,

Vie sociale,

Les loisirs et le sport,

La formation, le bénévolat et le travail,

La vie sociale, familiale et de couple,

Estime de soi,

l'image de soi, la présentation,

Les capacités de communication,

La construction et la mise en œuvre de projets individuels et collectifs.

Dans ce mémoire, l'insertion professionnelle est volontairement laissée en dehors de ce projet dans la mesure où ces activités relèvent du domaine de financement et de contrôle de l'AGEFIPH.

### **3.1.2 L'organisation de la prise en charge**

La prise en charge est présentée dans un livret d'accueil et personnalisée pour chaque accompagné ; elle s'articule autour de temps d'accompagnement individuels et collectifs,

obligatoires et facultatifs.

Les temps obligatoires sont l'entretien individuel, l'accompagnement individuel opérationnel et le partage de vie collectif

L'entretien individuel se présente sous la forme d'une rencontre au domicile de l'accompagné d'une durée de 2 heures toutes les cinq semaines. Ce temps permet :

- d'effectuer un bilan en fonction de la grille d'évaluation,
- d'approfondir les problèmes identifiés et les projets, préparer les actions,
- faire le point sur le projet individuel et la convention en cours,
- prendre des décisions.

Ce rendez-vous est préparé par écrit tant par l'accompagné que par l'accompagnateur.

Le respect de l'altérité, de l'intégrité et de la liberté de l'accompagné sera un souci majeur de l'accompagnateur. « L'altérité c'est la capacité de reconnaître l'autre dans sa différence mais également dans ce qu'il a de semblable. »<sup>52</sup> Dans ma pratique de directeur de CAT, la question de la bonne distance est aussi centrale que l'équilibre entre activité économique et vocation sociale. Un travailleur handicapé est tout à la fois un collègue, avec lequel une secrétaire peut prendre un café après le travail, et un usager avec sa fragilité et ses limites.

Pour l'accompagnateur, le respect de l'altérité se traduira, par exemple, par la vérification de l'accord de l'accompagné :

- sur la date et l'heure de la venue de l'accompagnateur,
- sur le choix des sujets à aborder,
- la séparation entre accompagnement et thérapie,
- le secret des propos tenus (envies, projets) vis à vis des tiers extérieurs,
- L'identification et le respect des valeurs et des choix de vie fondamentaux,
- . . . .

Plus profondément, l'accompagnateur devra veiller à ne pas se projeter sur l'accompagné, ni se laisser envahir par un sentiment de supériorité ou de jugement, . .

L'accompagnement individuel opérationnel se présente sous la forme d'un temps

---

<sup>52</sup> JANVIER R, MATHO Y, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, DUNOD, 1999, pages 131

d'action en commun entre l'accompagnateur et l'accompagné, environ 1/4 journée par mois, le plus souvent en milieu ouvert ou à domicile.

Ce temps permet d'agir avec l'accompagné pour résoudre des problèmes pratiques et ponctuels :

- Réagir à une problématique de santé,
- Poser un acte juridique, porter plainte ou faire une déposition,
- Poser un acte de médiation de voisinage, un service publique.

mais aussi pour développer des savoir-faire et des savoir-être dont la maîtrise est utile sinon indispensable :

- Faire son ménage, sa cuisine, ses courses,
- Etablir et contrôler son budget (budget prévisionnel et réalisé, suivi bancaire, . . .),
- Tenir à jour des dossiers administratifs et remplir les déclarations.

Le partage de vie collectif se présente sous la forme d'une réunion des membres de la maisonnée une soirée environ deux fois par mois.

Ce temps régulier permet de construire un lien social et une solidarité de groupe. La réunion se déroule en trois temps.

- Dans un premier temps, chaque accompagné est invité à partager ses difficultés ou ses succès et à annoncer ses décisions. Le groupe accueille cette présentation sans commentaire mais en présentant sa propre expérience sur le sujet.  
L'accompagnateur coordonne la discussion, veille à ce que chacun s'exprime et maintient un esprit d'écoute, d'accueil et de respect. L'accompagnateur conclut par la synthèse des avis exprimés et propose si nécessaire des méthodes pour faire avancer la problématique. L'interprétation ou la demande thérapeutique sont systématiquement renvoyées sur le référent médical de l'utilisateur.
- Dans un second temps, le groupe prépare des projets collectifs. La réalisation des projets fait l'objet d'une répartition des tâches au sein du groupe et d'un planning.
- Dans un troisième temps, un repas amical doit conclure la réunion.

Cette réunion se tiendra successivement au domicile de chaque accompagné. En cas de refus d'un accompagné d'accueillir la réunion chez lui, l'accompagnateur l'aidera à trouver un autre local adapté.

Les temps facultatifs sont les actions collectives élaborées lors de la réunion de maisonnée et les ateliers proposés par le service d'accompagnement:

Les actions collectives sont élaborées lors de la réunion de maisonnée. Les accompagnateurs mettront l'accent sur les activités qui développent le lien social à partir de la vie courante : fêter un anniversaire, pendre une crémaillère, sortir au cinéma.

S'il peut être souhaitable, en fonction des attentes des usagers, de les accompagner en boîte de nuit ou en promenade à Fontainebleau, il est exclu d'institutionnaliser ces activités et de transformer le service d'accompagnement en tenancier de boîte de nuit ou en agence de voyage.

L'accompagnateur s'investira comme porteur du projet puis responsabilisera les accompagnés sur l'activité pour finir par se désengager.

#### Les ateliers proposés par le service d'accompagnement.

Les ateliers rassembleront toutes les personnes intéressées du service. Ils auront pour objectif l'acquisition de savoir faire utile à l'autonomie et immédiatement utilisable comme par exemple la communication ou le bricolage. Certains ateliers auront une périodicité annuelle, le remplissage des feuilles d'impôts, d'autres pourront être hebdomadaires comme la cuisine.

L'infrastructure nécessaire aux ateliers sera autant que possible obtenue auprès des tiers comme les communes.

Certains accompagnés pourront préférer garder une distance vis à vis des autres usagers ; ce choix sera naturellement respecté au niveau des activités facultatives.

#### *Eviter l'assistanat*

Il faut éviter toute forme d'assistanat qui augmenterait la dépendance, en particulier vis à vis de l'accompagnateur, si l'accompagnateur :

- se substitue à l'accompagné dans des tâches qu'il accomplissait auparavant seul. S'il peut être opportun de remplir la feuille d'impôt d'un adulte handicapé à sa place, cette aide ne doit être ni systématique ni un service acquis. L'arrêt de cet acte doit rester un objectif.
- conserve des documents ou objets personnels de l'accompagné.
- demande à être systématiquement informé préalablement à une décision, mettant

implicitement en doute l'autonomie résiduelle de l'accompagné et se transformant en une sorte de tutelle.

Exemple : en poste depuis quelque jours au CAT, je finissais des travaux comptables en fin de journée lorsque Monsieur ND m'appelle pour me dire qu'il a perdu ses clés et que je dois lui apporter le double qui est dans son dossier administratif. Effectivement, je m'aperçois que plusieurs travailleurs laissent un double de leurs clés au CAT.

D'autres travailleurs ont domicilié qui sa sécurité sociale qui son compte bancaire au CAT.

J'ai progressivement mis un terme à ces procédés, qui accentuent une dépendance ou créent une sécurité illusoire.

Ces objectifs et projets d'action éducatifs demandent des moyens pour être mis en œuvre.

## **3.2 LES OUTILS METHODOLOGIQUES D'UNE PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISEE**

Parmi les outils présentés, l'articulation entre la grille d'autonomie, le projet individualisé et la convention d'accompagnement s'appuie sur le travail de Daniel GRANVAL.<sup>53</sup>

### **3.2.1 Le livret d'accueil**

Le livret d'accueil est un support de travail à destination des équipes d'encadrement, des usagers et de tous les tiers qui veulent savoir à quoi correspond notre prise en charge. Il recouvre le projet d'établissement et le règlement intérieur.

Le regroupement en un seul document du projet d'établissement et du règlement intérieur tient à la volonté de ne pas laisser l'un éclipser l'autre mais de s'appuyer sur les deux supports de notre démarche que sont le sens et les limites.

---

<sup>53</sup> GRANVAL Daniel, *Le projet individualise en travail social*, Ed L'harmattan, Col Technologie de l'action sociale, 2000

Le règlement intérieur sera nourri par la pratique du service. Une version initiale sera enrichie à partir de l'expérience des accompagnateurs. Cet écrit se base sur la méthodologie décrite par Roland JANVIER ET Yves MATHO dans *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*.<sup>54</sup>

Les principes fondateurs du règlement intérieur seront les grands principes du droit français :<sup>55</sup>

- La réciprocité : l'autre est respecté, il ne perd pas sa dignité,
- Le contradictoire : chacun doit pouvoir exprimer ses positions,
- La publicité des décisions : les règles, les décisions et les sanctions éventuelles sont publiques,
- Le droit à une défense : chacun peut être assisté dans sa défense.

Les engagements de base posés dans le règlement intérieur sont :

- Participer à l'entretien hebdomadaire à domicile avec l'accompagnateur,
- Participer à une demi-journée de travail avec l'accompagnateur,
- Participer à la réunion de maisonnée,
- Organiser la réunion avec l'accompagnateur à son tour,
- Définir un projet individualisé et une convention,
- Participer à l'auto évaluation,
- Conserver un référent psychiatrique et suivre le traitement convenu avec lui.

### *Le droit d'appel*

En cas de difficulté et afin de permettre à l'accompagné un « droit d'appel » contre son accompagnateur, il sera naturellement possible pour l'accompagné, de se faire assister par tout intervenant susceptible de contribuer à la défense de ses positions. Ces interlocuteurs « de second niveau » permettront aux adultes accompagnés de ne se sentir :

- Ni soumis à la toute puissance de l'accompagnateur,  
En cas de désaccord important, objectif ou subjectif, entre l'accompagnateur et l'accompagné, l'intervention d'un tiers de confiance peut être indispensable pour

---

<sup>54</sup> JANVIER R, MATHO Y, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, DUNOD, 1999, pages 179-183

<sup>55</sup> *ibid*, p. 124-125

débloquer la situation et rétablir le fonctionnement du binôme. L'intervention d'un tiers modérateur sera une expression essentielle du respect du droit de l'accompagné usager du service.<sup>56</sup>

- Ni abandonnés en cas d'interruption de la relation avec l'accompagnateur, L'accompagné va construire une relation affective forte avec l'accompagnateur qui peut conduire à une remise en cause du travail éducatif si l'accompagnateur quitte le service d'accompagnement.

Cependant, le travail entre accompagnateur et accompagné doit rester fondé sur la confiance ; l'intervention d'un tiers doit rester exceptionnelle sauf à reconnaître que la relation d'accompagnement n'a pas su être créée.

Pour cela, le caractère objectif et la pertinence du dialogue entre accompagnateur et accompagné doivent être garantis par une méthodologie rigoureuse de l'accompagnement et basés sur un outil adapté.

### **3.2.2 La grille d'autonomie et de qualité de vie**

Il est important de ne pas « *confondre la notion d'évaluation avec celle de contrôle. Le contrôle c'est la vérification à posteriori de l'application d'un projet et des résultats obtenus par des autorités de tutelle extérieures à l'action. En matière d'évaluation, le référentiel doit être intérieur et contemporain* »<sup>57</sup>.

L'évaluation est donc un processus dynamique intégré à la pédagogie qui essaie d'impliquer l'accompagné comme l'accompagnateur. Ce principe de travail doit conduire à renforcer la capacité d'évolution et d'adaptation de la prise en charge.

Dans notre conception de la relation d'accompagnement, le terme de contrôle s'appliquera à la vérification de la réalisation de points concrets du projet individuel.

L'évaluation de l'autonomie et de la qualité de vie s'appuiera sur des outils existants mis au point par des structures ayant une longue pratique de l'accompagnement des

---

<sup>56</sup> JANVIER R, MATHO Y, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, DUNOD, 1999, page 122

<sup>57</sup> PETITCLERC Jean-Marie, L'évaluation une nécessité incontournable, EMPAN, n°9, 1992, page 65. Cette citation, retenue pour illustrer notre propos, traite de l'évaluation des établissements sociaux de droit public.

malades mentaux.

Ces outils doivent permettre à l'équipe d'accompagnateurs de commencer à travailler immédiatement sur des bases communes. Une formation sera prévue avec un intervenant extérieur.

Pourtant, ces outils devront prendre en compte le profil professionnel, intellectuel et psychologique des personnes ainsi que leur environnement familial, associatif, urbain, . . . L'équipe devra donc savoir les faire évoluer pour se les approprier et les rendre toujours plus pertinents. Le repérage des dysfonctionnements et des propositions d'amélioration de l'outil sera fait à l'occasion des réunions de synthèse. Un accompagnateur sera responsabilisé sur ce travail. Le choix de modification sera validé en réunion d'encadrement et les nouvelles versions des grilles seront mises en œuvre pour l'ensemble de l'équipe d'encadrement à la même date.

Comme pour l'outil d'auto évaluation en usage dans le CAT depuis deux ans, les critères objectifs et les critères évaluatifs devront être utilisés.

Par critère objectif, nous entendons l'appréciation du nombre ou de l'intensité des événements. Il est clair que la qualité de vie est mesurable par exemple par le nombre de mètres carrés du logement, le nombre de rencontres amicales dans le mois ou le nombre de cartes de vœux reçues en janvier.

Les mesures évaluatives doivent permettre de prendre en compte l'importance que donne une personne au fait de disposer de plus ou moins d'espace ou de recevoir des cartes de vœux. Ces évaluations mesurent donc plus particulièrement un bien-être.

L'auto évaluation ou l'évaluation contradictoire sont un principe d'administration de la grille de manière à s'assurer que l'accompagné perçoit bien la situation de la même manière que l'observateur. Les écarts d'appréciation sont particulièrement utiles pour :

- juger du contact avec la réalité de l'accompagné. L'appartement est propre.
- apprécier correctement un événement. Le décès d'un parent proche peut déstabiliser l'accompagné ou ne pas l'atteindre.

La durée d'administration de la grille, environ 30 minutes, doit tenir dans l'entretien de 2 heures et ne donner lieu ni à un stress ni à une fatigue pour l'accompagné.

Compte tenu de ces principes, nous retenons à priori deux outils tout en conservant l'objectif de concevoir à terme nos propres outils :

- Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire<sup>58</sup>, conçu par le Dr Jean ENDICOTT du Department of Research Assessment and training, New York State Psychiatric Institute.
- Quality of Life Index for Mental Health, conçu par le Dr M BECKER<sup>59</sup> du Center for Health System research and Analysis de l'Université du Wisconsin.

Ces outils sont spécifiques aux malades mentaux et se sont montrés fiables et cohérents. Bien qu'ils soient simples d'utilisation, une formation est nécessaire et sera prévue.

L'accompagné conserve un exemplaire de l'évaluation qui est faite directement en double, l'accompagnateur et l'accompagné remplissent ensemble le même formulaire.

Tout en attendant beaucoup de la grille en terme de qualité de l'évaluation, je porterai une grande attention à ce que le travail de réflexion sur l'outil conduise à éviter une utilisation automatisée, simplificatrice ou divergente.

### **3.2.3 Le Projet individualisé**

Le projet individualisé est la « stratégie promotionnelle » retenue pour majorer, renforcer ou préserver les compétences identifiées dans la phase d'évaluation. En annexe 8, les schémas d'élaboration d'un projet individuel présentés sont tirés du livre de D. GRANVAL.<sup>60</sup>

Si les domaines d'intervention potentiels ont été clairement identifiés lors de la mise en oeuvre de la grille d'évaluation de l'autonomie et de la qualité de vie, le projet

---

<sup>58</sup> ENDICOTT Jean, NEE J, HARRISSN W, *Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire : A new measure*. Psychopharmacology Bulletin, 29, 321-326, 1993

<sup>59</sup> BECKER M, DIAMOND R, SAINFORT F, *A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness*, Quality of life Research, 2, 239-251, 1993

<sup>60</sup> GRANVAL Daniel, *Le projet individualise en travail social*, Ed L'harmattan, Col Technologie de l'action sociale, 2000, p. 203 et 205

individualisé ne peut se limiter à une simple réponse aux problèmes identifiés. L'accompagnateur et l'accompagné doivent essayer de proposer une réelle perspective de développement personnel tout en articulant les buts à atteindre, les variables déterminantes, et les objectifs secondaires, les variables conditionnelles, qui permettent la réalisation des buts.

Le projet individualisé consiste à hiérarchiser les points d'amélioration en fonction de leur urgence et de leur faisabilité. D'autre part, le « processus d'amélioration continue » doit être clairement posé de manière à ce que l'obtention d'un résultat ne soit pas la fin du processus, mais ouvre sur de nouvelles perspectives d'amélioration de l'autonomie.

Cette étape doit aboutir à un consensus avec l'accompagné sur les objectifs et les moyens envisagés. L'accompagné devra prendre conscience des problèmes, de l'intérêt de changer un comportement ou de modifier une situation et du coût de cette opération. Cette étape sera donc l'objet d'une négociation qui sera toujours bénéfique et ne devra en principe pas conduire à un déni ou à une banalisation de la problématique.

Le concept d'accompagnement directif sur des objectifs non partagés prend ici tout son sens. Ce dernier concept recouvrira naturellement toutes les situations d'addiction mais aussi les comportements inadéquats.

Exemple : Monsieur CD, 40 ans travailleur handicapé du CAT, habite seul dans un studio depuis 10 ans apparemment sans problème. Nous apprenons qu'il a décidé pour des raisons d'économie budgétaire et de toxicité du savon de ne plus en utiliser pour son hygiène personnelle. Mr CD confirme son opinion sur le savon et son comportement. Son moniteur d'atelier lui signale qu'il doit respecter les règles d'hygiène applicables en restauration et donc recommencer à se laver avec du savon. Il lui manifeste son désaccord de principe et lui signifie les conséquences possibles de son comportement, une exclusion pour non-respect de la réglementation sur l'hygiène. Le moniteur l'invite enfin à se faire conseiller un savon par son psychiatre traitant. Quelques jours plus tard, le moniteur se fait confirmer l'avis du médecin favorable au savon et obtient un accord verbal du travailleur pour une reprise du savonnage.

Exemple : Monsieur MC, 35 ans, nous signale un jour ses doutes compte tenu des montants importants que sa petite amie, de 15 ans plus jeune que lui, lui demande pour « venir en aide à sa famille ». Son compte est effectivement vidé deux fois par an et que la dernière demande porte sur une disponibilité

importante venant d'un héritage. Après un entretien approfondi sur la question, nous lui conseillons de refuser à l'avenir de financer la famille de son amie et exprimons nos doutes quant à la sincérité de la jeune fille. Pourtant, MC décide de persévérer dans sa relation et exclut ce sujet de nos entretiens. Quelques mois plus tard, MC nous annonce que sa liaison « dangereuse » est terminée et qu'il nous conserve sa confiance.

Il sera nécessaire de laisser un temps de maturation avant de poser sur papier le projet individualisé ; sa première version pourra demander plusieurs mois. Il sera renouvelé au moins une fois par an et constituera la base de la convention d'accompagnement.

L'accent mis sur les projets individualisés ne doit pas masquer l'importance accordée aux projets et aux réalisations de groupe au niveau des projets des maisonnées ou des ateliers communs à l'ensemble du service. « L'action individualisée ne résoud pas tout. Considérons la comme un outil utilisable et efficace mais en aucun cas universel »<sup>61</sup>

Le projet individualisé a dressé un panorama de l'autonomie de l'accompagné et posé les buts à atteindre et les pré-requis en vue d'atteindre les buts. Mais il reste à agir concrètement, c'est le rôle de la convention d'accompagnement.

### **3.2.4 La Convention d'accompagnement,**

La convention d'accompagnement est le nom que nous souhaitons donner au contrat d'intervention sociale. « Le contrat entre le travailleur social et le client stipule leur accord quant aux objectifs à atteindre, à la formulation des attentes réciproques »<sup>62</sup>.

La convention d'accompagnement fixe :

- pour une période précise,
- les objectifs de l'accompagné,
- les moyens mis en œuvre par l'accompagné,
- les moyens mis en œuvre par l'accompagnateur,

---

<sup>61</sup> GRANVAL Daniel, *Le projet individualise en travail social*, Ed L'harmattan, Col Technologie de l'action sociale, 2000, p. 206

<sup>62</sup> DE ROBERTIS C., *Le contrat en travail social*, Paris, BAYARD, 1993, p. 59-60

- les moyens dépendants des tiers.

L'accompagné sait ainsi sur quels objectifs il va mobiliser son attention et son énergie, il est acteur de ses objectifs même dans la mesure où tout ne dépend naturellement pas de lui.

La convention d'accompagnement pourra naturellement faire l'objet d'avenant ou de période de suspension de manière à ce que la procédure n'aboutisse pas à un juridisme mais conserve bien son objectif d'établissement de l'usager dans une posture de porteur et d'acteur de son projet. En revanche, l'impossibilité de conclure une convention d'accompagnement par absence de buts et de moyens communs conduira à la fin de l'accompagnement.

Un exemple de convention est donné en annexe 9.

### **3.2.5 Les outils d'un partenariat efficace**

Les motivations et les principes de travail en réseau ont été évoqués en partie II-F-2 § Le travail avec la famille et le réseau.

Concrètement, le partenariat ne se décrète pas ; il suppose l'accord des participants. Il ne peut être ni sous-entendu ni implicite sans risquer de conduire à des conflits de territoire qui peuvent invalider durablement une coopération pourtant indispensable.

Les partenaires doivent être donc bien identifiés et la coopération doit être explicitée à tous les niveaux :

- Mentionnée dans le livret d'accueil,
- Précisée dans le projet individuel et les conventions d'accompagnement,
- Notifiée aux partenaires dans des courriers confirmant le mode de travail choisi,
- Formalisée dans des conventions.

La coopération au sein du réseau doit être vivifiée et entretenue par des échanges réguliers, des appels téléphoniques, des courriers de suivi, des réunions de synthèse, . .

Les partenaires principaux identifiés sont les suivants :

- Les référents médicaux (psychiatres, généralistes, spécialistes, . . .),
- Les familles et les organismes de curatelle ou plus rarement de tutelle,
- Les interlocuteurs administratifs (COTOREP, CAF, Sécurité sociale, ASSEDIC, . . .),
- Les intervenants de l'hébergement (HLM, bailleurs publics ou privés, . . .),
- Les intervenants professionnels (AGEFIPH, CAT-AP, employeurs, centre de formation , centres de bilan de compétence, . . .),
- Les organismes spécialisés dans le loisir et les associations de proximité (ELYPSE, HANDI SPORT, . . . ).

Les partenariats envisagés sont des perspectives, c'est au cas par cas et avec l'accord de l'accompagné, que les contacts seront pris. Les réunions autour d'un « cas » seront donc toujours faites en présence de l'accompagné pour respecter et renforcer son implication dans le projet qui le concerne.

Exemple : FP, jeune femme travailleur handicapé, est l'objet d'une triple prise en charge (CAT à mi temps, Hôpital de jour et foyer d'hébergement). Au CAT, elle se plaint régulièrement de mauvais traitement de la part du Foyer. Au Foyer, elle justifie ses retards par des « heures supplémentaires » faites au CAT. Nous constatons qu'elle ne prend pas son traitement, ses poches débordent littéralement de pilules qu'elle a feint de prendre à l'Hôpital de jour. La situation se prolongeant sans que chaque intervenant arrive à un résultat de son côté, une réunion est organisée avec l'accord de Mle FP. Les trois intervenants et la famille se réunissent autour d'une table avec Mle FP pour dire leurs difficultés. Des décisions sont prises constituant une charte de prise en charge en réseau et acceptées par Mle FP. Par la suite, la personne s'est suffisamment stabilisée pour évoluer vers un appartement autonome et un emploi en milieu ordinaire.

### **3.3 LES OPTIONS MANAGERIALES**

Un axe important de la stratégie du directeur est le choix d'un mode de management qui permette de créer une unité du service sur la base de principes et de procédures d'accompagnement commun tout en valorisant l'initiative et les qualités individuelles de

chaque accompagnateur pour assurer une prise en charge individualisée, innovante et de qualité. Cette option managériale rejoint les principes théoriques exposés par Michel CROZIER dans son ouvrage *l'acteur et le système*<sup>63</sup>.

Pour le directeur, la mise en place d'un service d'accompagnement représente un défi dans la mesure où le style de direction sera complètement différent de celui du CAT et le profil du personnel sera aussi très différent entre les deux structures.

### **3.3.1 La réunion hebdomadaire de synthèse**

Compte tenu du mode de fonctionnement du service en milieu ouvert ou à domicile et en individuel, la réunion hebdomadaire de synthèse est un temps et un lieu hautement stratégique du management du service d'accompagnement.

Il sera particulièrement important de veiller à ce que cette réunion soit conviviale et que l'assiduité et la ponctualité soient respectées. Par exemple, elle pourra prendre la forme d'un petit déjeuner de travail tôt le matin.

La réunion d'encadrement hebdomadaire est le lieu :

- de la coordination des activités et des moyens,
- de la synthèse des prises en charge des accompagnés,
- de l'évaluation des actions,
- d'un travail de réflexion continu sur notre pratique professionnelle, en lien direct et immédiat avec les problématiques et les situations d'accompagnement,
- du rappel des principes éthiques,
- du dialogue social.

Compte tenu de la taille de la structure projetée, il n'y aura dans l'état actuel de la réglementation pas de structure légale de représentation des salariés ; il me semble donc essentiel d'instaurer un espace de dialogue permettant l'expression des difficultés, des frustrations et des oppositions vis-à-vis du directeur.

---

<sup>63</sup> CROZIER M, FRIEDBERG E, *L'acteur et le système*, SEUIL, PARIS, 1977

### 3.3.2 Une large autonomie du travailleur social

Michel CROZIER estime que « un des meilleurs moyens de réduire la complexité est de donner l'entière liberté de décision à des unités opérationnelles fortes. »<sup>64</sup>

L'accompagnateur effectuera la plus grande partie de ses interventions hors du local du service d'accompagnement, en milieu ouvert ou à domicile. Il devra souvent évaluer seul la situation et prendre des décisions ou des positions qui auront des conséquences sur la poursuite du parcours d'autonomisation de l'accompagné. Lors des actions d'accompagnement, il aura de même à se positionner vis-à-vis des tiers, familles, institutions sociales, administration, en représentant l'accompagné mais aussi le service d'accompagnement.

Les avantages de la délégation sont la réactivité et le maintien d'un haut niveau de motivation et de responsabilisation des accompagnateurs. La qualité du service apporté aux accompagnés dépend donc étroitement de cette autonomie.

Cependant, l'autonomie ne se justifie que si le délégataire dispose des moyens et de la compétence de la mission qui lui est confiée. Cette limitation renvoie d'une part à la responsabilité du directeur qui recrute son équipe d'accompagnateurs et d'autre part à la formation qui sera évoquée plus loin.

Il est indispensable que l'accompagnateur ait une claire vision de sa mission à travers une fiche de poste et une délégation de pouvoir explicite et écrite. Ces documents sont si importants qu'ils feront l'objet d'une négociation et d'une révision par exemple lors de l'entretien annuel d'évaluation.

Les projets de fiche de postes sont présentés en annexe 10.

Dans la citation de Michel CROZIER qui introduit cette section, nous avons exploré la dimension « liberté », les sections suivantes vont approfondir la notion « d'unité opérationnelle forte ».

---

<sup>64</sup> CROZIER M, *L'entreprise à l'écoute*, Interédition, Paris, 1989, p. 56

### **3.3.3 La formation gage de qualité**

La formation de l'encadrement vise à développer in fine la qualité et la sécurité de prise en charge des accompagnés dans un contexte où la liberté accordée aux accompagnateurs renvoie les contrôles très en aval de la réalisation des actions.

La formation nourrira la réflexion de l'ensemble des équipes sur le travail d'accompagnement par des apports méthodologiques ou théoriques ainsi que par des témoignages ou partages d'expériences lors de réunions, séminaires ou congrès. L'équipe d'encadrement doit pouvoir rencontrer d'autres acteurs de la prise en charge des malades mentaux, du travail social, des services d'accompagnement, des établissements d'hébergement et de mise au travail, . . .

Cet objectif est atteint à travers deux types de formation, les formations individuelles et collectives, qui poursuivent des objectifs différents même si la finalité reste identique.

Les formations collectives ont pour objectif de faire progresser l'ensemble de l'équipe sur les mêmes bases et d'assurer à l'ensemble des accompagnateurs les mêmes valeurs, les mêmes principes généraux de fonctionnement.

Les formations individuelles ont pour objectif de faire progresser un accompagnateur dans un domaine particulier pour lequel la qualification de l'ensemble de l'équipe d'encadrement n'est pas possible ou pas souhaitable.

Les formations collectives construisent donc l'unité et la cohérence de l'équipe alors que les formations individuelles complètent les savoir-faire à la marge et visent à éviter la pensée unique qui conduit souvent à la routine et à l'auto-satisfaction.

Le directeur est garant de cet équilibre et de cette optimisation dans le cadre des moyens alloués par le plan de formation et au-delà

### 3.3.4 L'évaluation de l'encadrement

L'évaluation du travail du CAT sera un élément important du management dans la mesure où elle peut être un outil dynamique d'apprentissage pour l'équipe d'encadrement.

L'évaluation n'est pas seulement une mode mais aussi une nécessité incontournable pour chaque institution et chaque travailleur social. Jean-Marie PETITCLERC déclare « *En permettant de mesurer le degré d'adéquation des effets de l'action menée au regard des objectifs qui la sous-tendent, la mise en place d'une procédure évaluative constitue un facteur important de vérification de la pertinence et de la cohérence des réponses institutionnelles.* »<sup>65</sup>

Selon Jean-Marie PETITCLERC, l'évaluation est la réponse, ou peut être la cause, à la crise de légitimité et de professionnalisme du travail social.

- La mise en cause de la légitimité porte sur l'importance des moyens financiers alloués à l'action sociale en regard des résultats, jugés insuffisants ou aléatoires, et d'une masse d'usagers apparemment en croissance permanente.
- La mise en cause de l'investissement des professionnels du travail social (du professionnalisme) tient en particulier au retour en force de l'amateurisme généreux comme moteur de l'innovation et de la solidarité, pensons par exemple aux banques alimentaires, aux resto du cœur ou aux petits frères des pauvres.

Dans notre domaine, la prise en charge de malades mentaux, une certaine technicité est nécessaire pour évaluer correctement les situations et travailler, souvent, en partenariat avec des structures incomparablement plus lourdes comme les hôpitaux psychiatriques.

Dans le cas du service d'accompagnement à l'autonomie sociale que nous projetons de créer, il est évident que la mise en place d'un processus d'évaluation demandera un minimum de recul donc du temps. Cependant, pour permettre le moment venu la mise en place dans de bonnes conditions des procédures d'évaluation, il est indispensable de sensibiliser et de faire réfléchir l'équipe autour des questions suivantes :

- Quels préalables à l'évaluation ?
- Pourquoi évaluer ?

---

<sup>65</sup> PETITCLERC Jean-Marie, L'évaluation une nécessité incontournable, réflexion sur les enjeux et les méthodes, EMPAN, Octobre 1992, N°9, page 64

- Qu'est-ce qu'évaluer ?
- Que peut-on évaluer ?
- Qui évalue ?

### *Quels préalables à l'évaluation ?*

Les préalables à l'évaluation du travail de l'équipe d'encadrement sont les suivants :

Chacun doit être convaincu de la nécessité d'évaluer et prêt à surmonter ses réticences à faire face à l'évaluation.

La confiance doit régner au sein de l'équipe. Cette confiance qui ne se décrète pas doit se construire en évitant les récupérations de l'évaluation à des fins de contrôle par exemple.

La présence d'un conseiller extérieur sur le plan de la méthodologie s'impose.

### *Pourquoi évaluer ?*

Il est nécessaire de se donner les moyens de faire mémoire des actions du service d'accompagnement tant dans leurs dimensions positives que négatives. Ceci permet en particulier de :

- tirer des enseignements qui sinon risquent de se perdre,
- éviter la routine,
- recentrer et redonner du sens à l'action.

### *Qu'est ce qu'évaluer ?*

Evaluer n'est pas d'abord contrôler les actions et leurs effets par rapport à un référentiel du type « règles de bonne pratique » pré-établies et standardisées. Certes le contrôle a son utilité, y compris par rapport à des règles de bonnes pratiques communes à une profession, pour baliser le champ de notre action et le rendre plus visible et lisible aux autorités qui nous financent, le Conseil Général. Ce mode d'évaluation peut même devenir obligatoire dans un avenir proche pour notre secteur si nous suivons l'exemple du secteur sanitaire<sup>66</sup>.

---

<sup>66</sup> L'évaluation dans le secteur sanitaire se nomme accréditation. Cette procédure consiste à faire évaluer l'ensemble du fonctionnement d'un établissement par un professionnel indépendant de l'établissement et des organismes de tutelle. L'objectif est d'assurer la qualité des soins et la sécurité des personnes mais aussi de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue.

Notre vision de l'évaluation, met l'accent sur un double travail interne à l'établissement et spécifique à chaque personne. La définition des points d'évaluation pour un référentiel préalable à l'action mais établi spécifiquement en fonction de cette action et de cette personne. Puis la confrontation du compte rendu de l'action concrète avec le référentiel préalable.

#### *Que peut-on évaluer ?*

Il ne s'agit pas de tout évaluer ce qui prendrait un temps infini mais de déterminer un champs d'évaluation en sachant que l'on renonce à évaluer d'autres champs en eux-mêmes intéressants mais jugés secondaires à un moment donné.

Il est indispensable d'évaluer une action en la resituant dans son contexte et dans l'imbrication des actions du réseau, famille, référents médicaux, employeur, . . .

L'évaluation se limitera donc à la vérification quand elle est possible, du degré d'adéquation des résultats obtenus en regard des objectifs fixés pour l'action.

Cependant, compte tenu de notre fonctionnement avec une intervention de l'accompagnateur au domicile de l'accompagné, un paramètre essentiel à évaluer peut être dès aujourd'hui identifié : le respect de l'utilisateur.

Roland JANVIER et Yves MATHO<sup>67</sup> proposent un tableau de bord permettant d'évaluer le respect du droit des usagers dans leur ouvrage *Mettre en œuvre le droit des usagers dans un établissement d'action sociale*. Les adaptations envisagées porteront sur la nature à domicile des interventions.

#### *Qui évalue ?*

Il n'est pas réaliste de faire appel à un évaluateur externe pour réaliser le travail d'évaluation.

Pour autant, comme dans d'autres cas, l'auto-évaluation est insuffisante car elle laisse une trop grande part à la subjectivité de l'accompagnateur.

Nous essaierons donc d'organiser un groupe d'évaluation regroupant l'ensemble des acteurs du service et faisant appel ponctuellement à des intervenants extérieurs sur le plan méthodologique pour construire le référentiel.

---

<sup>67</sup> JANVIER R, MATHO Y, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, DUNOD, 1999, pages 162-169

La dynamique d'évaluation s'appuiera sur les travaux de Jean-Marie PETITCLERC<sup>68</sup>.

### 3.3.5 La construction de l'unité associative

La qualification et les activités des personnels éducatifs dans le CAT et dans le service d'accompagnement seront très différents. Il ne nous semble pas bon de faire évoluer les deux prises en charge en toute indépendance dans la mesure où nous pensons que les mêmes personnes auront besoin de chacune des prises en charge, sinon simultanément du moins successivement.

La construction de l'unité du service se fondera sur les points suivants :

- La prise en compte des mêmes principes éducatifs dans des expressions différentes,
- L'organisation de réunions de synthèses communes au moins deux fois par an concernant les personnes prises en charge en commun,
- L'organisation d'échanges d'encadrement,
- L'organisation d'activités communes comme des sorties culturelles ou sportives,
- La participation à des formations en commun.

L'unité d'esprit des deux établissements n'ira sans doute pas de soi mais devra être une préoccupation constante.

Avec Michel CROZIER, nous voulons rappeler que tous les moyens explicités ne sont ni seulement l'effet d'une mode, ni un rite mais les moyens d'atteindre un objectif, la meilleure contribution à l'autonomisation des personnes qui s'adressent à nous.<sup>69</sup>

---

<sup>68</sup> PETITCLERC Jean-Marie, L'évaluation une nécessité incontournable, réflexion sur les enjeux et les méthodes, EMPAN, Octobre 1992, N°9, page 68

<sup>69</sup> CROZIER M., *L'entreprise à l'écoute*, Interédition, Paris, 1989, p. 119-124

## **3.4 LES MOYENS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET**

### **3.4.1 Les moyens techniques**

La capacité de 40 places correspond à la taille minimum pour disposer d'un encadrement et d'une infrastructure permettant au service d'accompagnement de fonctionner 330 jours par an. L'organisation en maisonnée permettra de maintenir une taille humaine et un bon niveau de contact entre accompagnateurs et accompagnés.

Compte tenu d'interventions qui se déroulent principalement à domicile ou en milieu ouvert, la principale infrastructure du service sera le local et l'outil de travail administratif. Le local devra permettre à l'ensemble de l'encadrement de mener ses tâches administratives. Il devra être possible de recevoir les candidats et les familles dans de bonnes conditions de discrétion et de tenir des réunions d'un maximum de 11 personnes qu'il s'agisse de l'encadrement du service, d'une maisonnée ou d'une réunion de « réseau ».

Le local doit donc disposer de 4 à 5 bureaux et une salle polyvalente soit une surface de 100 à 120 m<sup>2</sup>. Une cuisine serait utile pour permettre de tenir dans ce local des activités de réception.

Nous chercherons notre local auprès d'un office d'habitat à loyer modéré dans une des communes, sur l'axe allant de La Défense à Sèvres, bien desservi en transports en communs. La carte de situation dans les Hauts de Seine, en annexe 4, permet de visualiser la zone d'implantation du CAT et du futur local.

L'équipement administratif comprendra des ordinateurs connectés pour le partage d'imprimante et un standard téléphonique suffisamment sophistiqué pour permettre de transférer des appels d'un poste sur l'autre et d'effectuer en dehors des heures de bureau un renvoi des appels sur le portable de l'accompagnateur d'astreinte.

Les ateliers seront organisés de manière à générer le minimum d'infrastructure fixe avec des locaux mis à disposition par les municipalités ou en partenariat avec des associations intervenant sur les mêmes activités.

Le service ne prévoit pas de disposer de véhicule de transport en propre. Les accompagnateurs utiliseront leur véhicule personnel pour les déplacements quotidiens. Pour des déplacements en nombre, soit les bus de la mairie seront utilisés soit des véhicules seront loués.

### **3.4.2 Les ressources humaines et les différents profils de poste**

La spécificité de la population accompagnée nécessite une équipe plus spécialisée et étoffée que dans un service d'accompagnement classique de manière à garantir les missions et les objectifs du service. Si, le taux d'encadrement envisagé (0,15) reste modeste, il est supérieur au taux d'encadrement des services d'accompagnement existants qui est de 0,126<sup>70</sup>. Le sureffectif d'encadrement s'explique par la présence d'un psychologue à mi-temps soit un taux d'encadrement psychologique de 0,0125.

Pour une capacité de 40 places, les fonctions sont définies et réparties de la manière suivante en profils de postes.

#### *Directeur :*

Le directeur intervient à hauteur de 0,3 ETP ( soit 1 journée et 1/2 par semaine) lors des réunions de synthèse, les commissions d'admission, pour les entretiens d'admission, pour les activités de regroupement et pour les démarches de représentation de la structure.

Le directeur reçoit ses directives du président du CA, il est responsable :

- de l'interface entre le service d'accompagnement (et ses personnels) et le CA de l'association qui définit les axes politiques et les principes et valeurs associatives,
- de l'interface entre le service d'accompagnement (et ses personnels) et le Conseil Général et les institutions sociales (COTOREP, AGEFIPH, . . .),
- du recrutement et de la formation du personnel,
- de la gestion financière et administrative dont l'établissement des budgets, comptes administratifs, des recherches de financement,

---

<sup>70</sup> COLLECTIF, *Schéma départemental des adultes handicapés*, DDASS, 2001, p. 40.

- de la recherche des partenariats en vue de l'insertion et de l'autonomisation des accompagnés,
- des évaluations, bilans de stage, projets ponctuels ou durables, en collaboration avec l'ensemble de l'équipe,
- de la direction des réunions de synthèse et du conseil d'admission.

#### *L'accompagnateur chef, (1 ETP)*

Il reçoit ses directives du directeur et assure, en plus des missions d'accompagnateur, les missions suivantes par délégation du directeur. Il :

- Etablit et contrôle le planning de travail des accompagnateurs,
- Supervise les actions opérationnelles des accompagnateurs,
- Veille au respect des procédures,
- Valide les projets d'opérations, distribue et coordonne les moyens techniques,
- Participe aux réunions de synthèse et au conseil d'admission.

L'accompagnateur chef est un éducateur spécialisé diplômé. Il dispose nécessairement d'une expérience de l'animation d'équipe éducative et d'une pratique du public malade mental.

#### *Les accompagnateurs (3 ETP)*

Ils reçoivent leurs directives du directeur et par délégation, de l'accompagnateur chef. Ils reçoivent une assistance fonctionnelle du psychologue. Chaque accompagnateur assure vis-à-vis de ses accompagnés les missions suivantes. Il :

- Organise, individualise, adapte et planifie la mise en œuvre du projet d'établissement, et des règles de prise en charge,
- Evalue et organise l'auto évaluation des accompagnés,
- Participe aux réunions de synthèse et au conseil d'admission,
- Critique les principes et les règles de prise en charge et propose des améliorations ou adaptations en fonction des cas particuliers,
- Assure si nécessaire des permanences, des astreintes ou des actions d'urgence au profit de l'ensemble des accompagnés,

Le temps de travail hebdomadaire d'un accompagnateur à temps plein pourra se décomposer de la manière suivante pour 35h par semaine :

- Synthèse et réunion d'équipe 4h,
- Rendez-vous individuels 4h,
- Réunion de maisonnée 4h,
- Accompagnement individuel opérationnel 16 h,
- Actions collectives 7 h.

La répartition du temps de travail pourra naturellement évoluer en fonction de la pratique de l'accompagnement et des besoins des usagers tels qu'ils se révéleront.

Les réunions de maisonnée, en soirée, et les actions individuelles et collectives, le soir et le dimanche, sont organisées en dehors des horaires de travail des accompagnés ce qui suppose de la part des accompagnateurs une grande souplesse d'horaires. Le contrat de travail des accompagnateurs devra préciser clairement la nécessité d'adhérer au projet de service et aux contraintes qui en découlent.

Les accompagnateurs ont un diplôme d'éducateur. Une variété de formation de base et d'expérience en lien avec l'accueil des malades mentaux sera un atout pour permettre au service de mettre en œuvre des solutions de prise en charge originales.

#### *Le psychologue (0,5 ETP)*

Il reçoit ses directives du directeur. Il n'a pas d'autorité hiérarchique sur les accompagnateurs. Le psychologue assure les missions suivantes :

- Instruit le dossier d'admission et présente les candidats en réunion d'admission,
- Assure le suivi psychologique des accompagnés lors d'événements critiques (réorientation professionnelle, événements stressants, . . . ) ou à la demande de l'utilisateur,
- Prend contact avec les référents médicaux et les familles,
- Assure le soutien psychologique des accompagnateurs,
- Anime les réunions d'analyse de la pratique.

Le psychologue est naturellement un titulaire d'un diplôme d'état, il aura une expérience professionnelle limitée mais acquise par exemple en service de suite à l'hôpital.

#### *La secrétaire administrative et comptable (1 ETP),*

Elle reçoit ses directives du directeur. La secrétaire administrative et comptable assure

les missions suivantes :

- suivi administratif et comptable, paye et déclarations sociales,
- suivi médico-social des accompagnés dont les dossiers COTOREP,
- permanence téléphonique,
- accueil des visiteurs pendant les heures de bureau,
- gestion du renvoi téléphonique sur l'accompagnateur d'astreinte.

La secrétaire administrative est comptable unique de la structure, elle doit donc disposer d'un BTS comptabilité et paye au minimum ou d'une expérience professionnelle significative dans un poste similaire.

Une description complémentaire des fiches de poste est présentée en annexe 10 dont, pour le directeur, la circulaire du 26 février 75 citée par la circulaire 60AS.

Les moyens humains du service d'accompagnement doivent s'appuyer sur des moyens techniques et financiers.

### **3.4.3 Les moyens financiers du Service d'accompagnement**

Le prix de journée annoncé par le Conseil Général sur la base des coûts 1997<sup>71</sup>, est de 15,38 € par jour pour 330 jours d'ouverture soit un coût annuel à la place de 5 075 €

Cependant, les coûts ont évolué depuis 4 ans et un glissement de 8 % lié à l'inflation ainsi que 10% liés aux 35 heures me semble une base de travail raisonnable ; ainsi, le budget prévisionnel établi dépassera sensiblement les 15,24 € de prix de annoncé par le conseil général pour la création d'un service.

Soit nous réussissons à faire entrer notre projet dans ce schéma établi en décembre 2000, soit l'alternative suivante se présente :

- Convaincre le Conseil Général que la pertinence de notre projet, le caractère prioritaire de la population et le caractère économique de la prise en charge au

---

<sup>71</sup> DDASS DES HAUTS DE SEINE, *Schéma départemental des Adultes Handicapés*, Rapport, 2001, page 42

regard des alternatives essentiellement des foyers en province, justifient notre surcoût,

- Modifier notre projet pour le faire rentrer dans le cadre budgétaire imposé par le financeur.

Il est souhaitable de faire les remarques suivantes qui ne deviendront des bases de travail qu'après acceptation par le conseil général.

- Une dotation globale de fonctionnement (DGF) du Conseil Général est préférable à un fonctionnement au prix de journée car elle permet une souplesse et un travail éducatif détaché de la recherche du remplissage de la structure au jour le jour,
- Les difficultés spécifiques de la population de malades mentaux conduisent à demander la présence à mi-temps d'un psychologue dont le coût est important par rapport à l'enveloppe budgétaire envisagée.

Les bases budgétaires détaillées sont données en annexes 11 à 13.

Le budget prévisionnel simplifié se décompose de la manière suivante :

Compte	Postes	Montant
60	Achats	2 600 €
61	Services extérieurs	15 100 €
62	Autres services extérieurs	5 300 €
63-64	Charges de personnel	214 225 €
68	Dotations aux amortissements	3 637 €
<b>6</b>	<b>Total des Charges</b>	<b>240 862 €</b>
7	Dotation Globale de Fonctionnement	240 862 €
	Places	40
	Jours d'ouverture	330
	Total des journées	13 200
	<b>Prix de journée</b>	<b>119,69F / 18,25€</b>

Le prix de journée présenté est en dépassement de 19,7 % par rapport à l'objectif présenté par le Conseil Général dans le Schéma des établissements et structures pour adultes handicapés.

#### **3.4.4 Les dépenses et recettes liées aux actions**

Le service d'accompagnement n'a pas de budget pour les activités. Ainsi, le coût de toutes les activités réalisées par les accompagnés ainsi que le coût de la participation des accompagnateurs sont donc supportés par les accompagnés.

D'une part, la prise en charge du coût des actions par les accompagnés est la garantie que les projets seront bien en phase avec l'autonomie financière des accompagnés.

D'autre part, le surcoût du service d'accompagnement sera un élément de stimulation vers une prise d'autonomie des accompagnés et leur émancipation du service d'accompagnement.

#### **3.4.5 Le planning prévisionnel du projet**

Le planning du projet est le suivant :

Oct 2000      Décision du Conseil d'Administration de l'Association de lancer une étude préliminaire.

Déc 2001      Remise de l'étude au président en vue d'une prise de décision au Conseil d'Administration en avril 2002.

Mai 2002      Finalisation du projet avec la Direction de la Vie Sociale des Hauts de Seine.

De juin à nov. 2002      Instruction du dossier par la Direction de la Vie Sociale des Hauts de Seine.

Janvier 2003      Démarrage du projet dès accord et financement

Le planning s'appuie sur la procédure de création d'un service décrite en annexe 14.

## 4 - CONCLUSION

Je pense avoir démontré la pertinence et la faisabilité d'un service d'accompagnement à l'autonomie sociale destiné spécifiquement aux malades mentaux. Cependant, la réalisation devra confirmer les espérances mises dans cette formule.

Avec Anna ARENDT, je considère que «Les deux traits spécifiques de l'action qui exprime le mieux sa fragilité sont l'irréversibilité et l'imprévisibilité. Ce n'est pas seulement quand nous ne faisons pas attention que nous sommes dépassés par les conséquences de nos actes, mais il est de la nature même de l'action de produire des conséquences imprévisibles et incalculables.»<sup>72</sup> Ce regard s'applique tout particulièrement à l'accompagnement social et doit nous conduire à une grande modestie en cas de succès et à une juste évaluation de notre travail le jour où les résultats seront inférieurs à nos espérances.

Au regard des politiques sociales mises en œuvre par les Conseils Généraux, la formule de prise en charge des services d'accompagnement est séduisante tant par le potentiel d'autonomisation dont elle est porteuse que par le faible coût de cette prise en charge pour les budgets sociaux. La contrainte budgétaire sera sans doute le meilleur allié de cette formule de prise en charge des malades mentaux.

Cependant, les adultes handicapés psychotiques, dans leur diversité, ont aussi besoin de formules de prise en charge plus classiques adaptées à leur pathologie et en quantités suffisantes comme des foyers de vie, des CITL, des services d'accompagnement résidentiels basés sur des appartements collectifs, des maisons de retraites médicalisées. Sous ce rapport, un travail important reste à accomplir.

---

<sup>72</sup> ARENDT Anna,

## 5 - ANNEXES

### 1. Annexe : statuts de l'association

Nouveaux statuts après modifications de l'AGE du 29 juin 1999

#### STATUTS DE L'ASSOCIATION

#### LES FOURNEAUX DE MARTHE ET MATTHIEU

xxx

##### Article 1er: **Dénomination**

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi de 1901 ayant pour dénomination:

LES FOURNEAUX DE MARTHE ET MATTHIEU

##### Article 2 : **Objet**

Cette association a pour objet de favoriser la réinsertion dans la vie professionnelle et sociale de convalescents en psychiatrie adultes ayant fait des études normales.

Dans ce but, l'association gère, entre autres, un Centre d'Aide par le Travail ayant une activité de traiteur.

##### Article 3 : **Siège social**

Le siège social était fixé à Suresnes - 14 rue Frédéric Clavel.

Il a été transféré 25 rue Emile Duclaux - 92150 - Suresnes par décision du Conseil d'Administration du 19 mai 1999.

Il pourra être transféré par simple décision du Conseil d'Administration.

#### Article 4 : **Composition**

L'Association se compose de :

- a) - Membres d'Honneur,
- b) - Membres Bienfaiteurs,
- c) - Membres Actifs ou Adhérents.

#### Article 5 : **Conditions d'adhésion**

Pour être membre de l'association, il faut être agréé par le Conseil d'Administration qui statue lors de chacune de ses réunions sur les demandes d'admissions présentées.

#### Article 6 : **Définition des membres - Cotisations**

- Sont membres d'Honneur ceux qui ont rendu des services signalés à l'association; ils sont nommés par le Conseil d'Administration, et dispensés de cotisation.

- Sont membres Bienfaiteurs les personnes qui versent un droit d'entrée de mille francs et une cotisation fixée chaque année par l'Assemblée Générale.

- Sont membres actifs ceux qui participent activement à la vie de l'association, et ont pris l'engagement de verser annuellement une cotisation fixée par l'Assemblée Générale.

#### Article 7 : **Radiations**

La qualité de membre se perd par :

- a) la démission,
- b) le décès,
- c) la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour le non paiement de la cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant été invité à se présenter devant le Conseil pour fournir des explications.

## Article 8 : **Ressources**

Les ressources de l'association comprennent :

- 1°) - Le montant des droits d'entrée et des cotisations,
- 2°) - Les subventions de l'Etat, des départements et des communes,
- 3°) - Les dons éventuels que l'association est habilitée à recevoir.

## Article 9 : **Conseil d'Administration**

L'association est dirigée par un Conseil d'Administration élu pour trois années par l'Assemblée Générale. Les membres sont rééligibles.

Ce Conseil d'Administration, d'un maximum de huit Administrateurs, pourra choisir parmi ses membres, au scrutin secret, un bureau composé de :

- 1°) - Un Président,
- 2°) - Un ou éventuellement plusieurs vice-président(s),
- 3°) - Un Secrétaire et, s'il y a lieu, un secrétaire adjoint,
- 4°) - Un trésorier et, s'il y a lieu, un trésorier adjoint.

Les membres du Bureau sont élus pour un an renouvelable.

En cas de vacance, le Conseil pourvoit provisoirement au remplacement de l'Administrateur manquant. Il est procédé à son remplacement définitif par la prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

## Article 10 : **Réunion du Conseil d'Administration**

Le Conseil d'Administration se réunit une fois au moins tous les six mois sur convocation du Président ou sur la demande d'au moins un quart de ses membres.

Les décisions sont prises à la majorité des voix; en cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Tout membre du Conseil qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives pourra être considéré comme démissionnaire.

Nul ne peut faire partie du conseil s'il n'est pas majeur.

#### Article 11 : **Assemblée Générale Ordinaire**

L'Assemblée Générale Ordinaire comprend tous les membres de l'association, à quelque titre qu'ils y soient affiliés. L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit une fois par an sur convocation.

Quinze jours au moins avant la date fixée, les membres de l'association sont convoqués par les soins du Secrétaire. L'ordre du jour est indiqué sur les convocations.

Le Président, assisté des membres du Conseil, préside l'assemblée et expose la situation morale de l'association.

Le Trésorier rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'Assemblée.

Il est procédé, le cas échéant, au remplacement, au scrutin secret, des membres du Conseil sortants.

Ne devront être traitées lors de l'Assemblée Générale que les questions à l'ordre du jour.

#### Article 12 : **Assemblée Générale Extraordinaire**

Si besoin est, ou sur demande de la moitié au moins des membres inscrits, le Président peut convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, notamment pour modification des statuts.

#### Article 13 : **Règlement intérieur**

Un règlement intérieur peut être établi par le Conseil d'Administration qui le fait alors approuver par l'Assemblée Générale.

Ce règlement éventuel est destiné à fixer les divers points non prévus par les statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'association.

Fait à Suresnes, le 29 juin 1999

Le Secrétaire du Conseil,

Le Président,

## **2. Annexe : Définition de l'accompagnement social par le mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale (MAIS)**

### **I – POPULATION**

Ces services interviennent auprès d'une population d'adultes.

Cette population se définit comme présentant une déficience qui l'empêche provisoirement de vivre de façon autonome.

Les intéressés doivent avoir un "projet" réalisable en milieu de vie ordinaire et suffisamment de capacités potentielles pour le mettre en œuvre.

### **II – MISSIONS**

Favoriser l'insertion sociale et/ou professionnelle en milieu ordinaire.

L'accompagnement social peut porter sur les points suivants :

- ❖ Recherche de logement (élaboration et réalisation de la démarche).
- ❖ Vie quotidienne.
- ❖ Hygiène, santé.
- ❖ Aide à la gestion du budget personnel.
- ❖ Démarches administratives.
- ❖ Déplacements, utilisation des transports.
- ❖ Loisirs, vacances.
- ❖ Soutien relationnel.
- ❖ Relations avec la famille.
- ❖ Liens avec les services médico-psychologiques et sociaux et autres services extérieurs.

L'accompagnement professionnel peut porter sur les points suivants :

- ❖ Préparation du projet d'insertion professionnel en lien avec les organismes compétents dans les domaines de formation.
- ❖ Soutien des intéressés pendant cette étape et une fois le travail trouvé par les organismes compétents, par le service en collaboration avec ces derniers, par la personne et son réseau.
- ❖ Médiation avec le milieu professionnel et suivi social en entreprise pour adapter le nouveau salarié à son milieu de travail et réciproquement le milieu de travail à son nouveau salarié et par la suite pour pérenniser l'emploi.

### III – MODALITÉS D'ACTION

L'action du service d'accompagnement se situe à la suite d'un séjour dans un établissement spécialisé ou, au contraire, à titre préventif pour éviter un tel séjour. C'est donc un service allégé.

Cette action s'inscrit dans la durée, à partir d'interventions ponctuelles adaptées aux besoins réels de l'intéressé, ce qui suppose l'évaluation et le réajustement réguliers du projet.

Le service joue le rôle de coordonnateur et/ou de médiateur entre la personne et les divers partenaires.

Son but est d'aider la personne à se structurer pour palier ses difficultés de façon à lui permettre de réaliser ses projets d'autonomie et d'insertion.

### IV – ADMISSION

Principe :

L'accompagnement s'organise sur la base du volontariat de l'utilisateur.

La nature et le contenu de l'accompagnement sont définis par la négociation, entre le service et l'utilisateur, d'un projet personnalisé.

Ce projet inclut les modalités de l'aide à l'insertion et le partenariat avec les services existants.

Procédure :

Il faut une demande de l'intéressé auprès des services d'accompagnement. Si ce dernier accepte la candidature, il présente une procédure d'admission et envoie le dossier à l'autorité compétente.

## V – RECONNAISSANCE ADMINISTRATIVE ET FINANCEMENT

L'habilitation (ou l'agrément) donnant autorisation de fonctionnement est délivrée par l'autorité compétente. Une convention précise les modalités de fonctionnement du service.

Actuellement, les services d'accompagnement sont financés soit par prix de journée soit par dotation globale.

La dotation globale de financement permet une souplesse de fonctionnement en autorisant une certaine élasticité de l'effectif pendant l'année ainsi que l'aménagement de procédures d'accompagnement adaptées à l'évolution des personnes accompagnées.

### **3. Annexe : Discours de Mme Dominique Gilot aux journées de l'UNAFAM, portant notamment sur l'accompagnement**

## **DISCOURS DE MADAME DOMINIQUE GILLOT SECRETAIRE D'ETAT A LA SANTE ET AUX HANDICAPES**

### **JOURNEES DE L'UNAFAM A REIMS**

**LE 16 JUIN 2000**

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Je tiens tout d'abord à vous remercier de l'invitation que vous m'avez faite de venir aujourd'hui m'exprimer devant votre congrès. Je veux que vous soyez convaincu de l'importance que j'attache à titre personnel à la santé mentale et aux enjeux actuels auxquels elle se trouve confronté.

Je suis convaincue qu'au delà de la santé physique chacun a droit à la protection de sa santé mentale. Ce bien-être psychique peut parfois faire défaut du fait de troubles pathologiques avérés et durables qui nécessitent des soins psychiatriques.

Il peut aussi être altéré par des conditions de vie, un environnement difficile, une période douloureuse mal prise en charge. Trop tardivement détectés, ces troubles peuvent déboucher sur une maladie durable aux conséquences graves. Et personne mieux que vous ne comprenez ce que je veux dire lorsque j'évoque ces éléments d'évolutivité et de durée attachés à la maladie mentale.

Voilà pourquoi je souhaite que notre pays intègre à tout moment l'offre de soins celle qui concerne la santé mentale, éducation à la santé mentale, prévention des troubles psychiques et des pathologies mentales, prises en charge diversifiées avec recherche de la plus grande égalité de l'offre de soins pour que chacun puisse accéder à des soins de qualité.

Et pourtant si la psychiatrie constitue un enjeu fort celui-ci est aussi en partie méconnu.

Plusieurs constats s'imposent en effet à nous :

- alors que sur le plan clinique les besoins sont parfois difficiles à dissocier entre ce qui relève d'une prise en charge médicale stricte et d'une prise en charge médico-sociale, il existe sur le plan législatif une ligne de partage qui parfois est une ligne de séparation depuis 1975. J'y reviendrai,
- **que l'on sous-estime la maladie mentale ou qu'on la surestime, dans les deux cas il existe un risque que l'articulation nécessaire entre les prises en charge**

**sanitaires et l'accompagnement social se coordonnent difficilement avec le risque que peu à peu le malade mental laisse place au handicapé,**

- les personnels qui travaillent dans le champ de la psychiatrie ou dans le champ médico-social sont chacun en ce qui les concerne parfois un peu replié au sein de leur propre univers touché qu'ils peuvent être par un déficit d'image historiquement attaché au champ de la santé mentale,
- les malades eux-même souffrent encore de ce déficit d'image conscient ou non et très attachés à la psychiatrie.

Face à ces éléments, il paraît bien impératif de définir une articulation réelle et structurée entre le champ sanitaire et le champ social pour les malades handicapés psychiques. Rien ne serait en effet plus dangereux qu'après avoir enfin sorti la psychiatrie d'une forme de ghetto il en apparaisse un autre celui du rejet des patients stabilisés dans leur environnement familial.

Nous sommes donc confrontés à un triple enjeu :

- un enjeu institutionnel tout d'abord : il s'agit de faire coopérer le secteur sanitaire à dominante publique avec le secteur médico-social à dominante associative,
- un enjeu politique ensuite, il s'agit de faire coopérer tous les échelons de notre vie démocratique : l'état, les régions, les départements,
- un enjeu de santé publique enfin : comment articuler lieu de soins et lieu de vie, comment échapper à ce que j'appellerais l'alternative de l'échec à savoir une hospitalisation inadéquate ou un hébergement sans soins adéquates.

Pour sortir de cette impasse comme toujours il faut d'abord en sortir par le haut. L'alternative sociale doit être conçue de façon créative en parfaite symbiose avec l'évolution des mentalités et des progrès thérapeutiques. Deuxièmement il faut que chacun des deux mondes sanitaire d'un côté et social de l'autre apprennent à vivre ensemble sans précarer. Pour cela il faut que tous malades, personnel, tutelle apprenions à ne plus être prisonniers des liens qui nous attachent. Il nous faut penser en terme de demande et de flux de patients et non pas en terme d'institution au regard des désinstitutionnalisations qui se pratiquent à l'étranger.

Il convient donc de travailler en réseau sans hégémonie, de demeurer disponible, humble, de prouver au cas par cas son efficacité et sa compétence, de se déplacer et non de faire venir dans un lieu qui même extra-hospitalier demeure marqué par une image refusée par beaucoup à priori.

Vous l'aurez compris je pense, je me place résolument dans une logique de réseau de compétences de préférence à une logique de tissu de structure.

C'est une démarche beaucoup plus ambitieuse et vous l'avez rappelé, Monsieur le Président, elle ne peut être gagnante qu'à partir du moment où les quatre acteurs que vous avez rappelés : les usagers eux-mêmes, leur famille, les soignants ainsi que la société toute entière représentée par ses élus doivent être mobilisés vers des aspirations partagées.

En psychiatrie mais également pour d'autres disciplines du monde sanitaire, la dimension environnementale est fondamentale. Ce qui compte avant tout c'est la façon dont un service dans son ensemble conçoit son rapport à la communauté.

Vous savez que nous avons aujourd'hui à y réfléchir à nouveau, confrontés que nous sommes à la désaffection des jeunes psychiatres pour l'exercice dans le secteur psychiatrique public. Dans le cadre des protocoles que nous avons signés Martine AUBRY et moi-même, avec les acteurs du monde hospitalier au mois de mars dernier, un chantier particulier de réflexion concerne la psychiatrie. C'est aujourd'hui pour nous une priorité de redéfinir la place de chacun des acteurs du champ de la santé mentale dans l'offre de soins psychiatriques sur le territoire.

Cette nécessité d'évolution est évidemment liée à la demande croissante de prise en charge mais aussi à la diversification des publics concernés. L'attente de nos concitoyens est forte dans ce domaine et c'est l'évolution même de notre société dans son ensemble qui génère de nouvelles crises ou de nouveaux besoins.

Sans me risquer à être exhaustive il me faut au moins citer la nécessité :

- de prendre en charge les jeunes en crise,
- aider les personnes en situation d'exclusion à surmonter leurs difficultés psychologiques,
- de se préoccuper des troubles psychologiques liés à la sénescence,
- ou encore de mieux assurer le suivi des suicidants dont vous savez qu'il constitue une priorité nationale,
- sans parler de l'aide spécialisée nécessaire à tous ceux dont la dépendance à un produit quel qu'il soit ne peut être surmontée.

Pour toutes ces missions et afin de renforcer la visibilité et j'ose dire la banalisation de la santé mentale et de la psychiatrie, il importe de continuer avec détermination :

- à rapprocher les lieux de soins des lieux de vie des malades,
- à développer les alternatives à l'hospitalisation,
- et à diversifier les modes de prise en charge.

**Pour ce dernier sujet qui est celui qui vous préoccupe actuellement le plus, je sais qu'il existe encore des difficultés à permettre un accompagnement médico-social des malades handicapés du fait de leur maladie psychique, tant les réponses institutionnelles sous forme de structure peuvent être partielles et parfois même inadaptées.**

C'est à ce point précis que le champ de la santé rencontre celui du handicap. Vous avez noté l'attention déterminée du Premier Ministre à désigner clairement dans le champ de mes compétences ministérielles la responsabilité de la politique en direction des personnes handicapées. Cela confirme la volonté du Gouvernement de poursuivre l'engagement qu'il a pris de garantir les droits de chacun et d'assurer aux personnes handicapées la place qui leur est due dans notre société.

Il s'agit pour moi de poursuivre avec tous les partenaires concernés, y compris associatifs, le travail en commun pour créer les conditions d'un vrai choix de vie : autonomie, intégration ou accueil protégé.

Les actions conduites par les pouvoirs publics ont contribué pendant de nombreuses années au développement de la prise en charge en institution spécialisée.

Aujourd'hui il faut désormais créer les conditions d'un vrai choix de vie, en privilégiant résolument l'autonomie des personnes et leur intégration dans la société.

Ceci est particulièrement vrai pour les handicapés d'origine psychique, dont les problématiques ne correspondent pas toujours à celles des accueils spécialisés prévus par ailleurs.

Ces formules souples d'intégration dans la ville, en lien avec les structures sanitaires de secteur, représentent une orientation complémentaire, qui nécessite comme vous l'avez rappelé, Monsieur le Président, un partenariat étroit entre tous les acteurs. Et nous sommes ici justement à Reims, je ne sais pas si c'est un hasard, mais au sein d'un département qui a justement depuis longtemps structuré une telle organisation en réseau d'intégration et d'insertion des malades mentaux stabilisés au sein de la communauté. C'est là clairement l'orientation que je souhaite promouvoir.

Vous m'avez interpellé, Monsieur le Président, au nom d'un ensemble d'associations et de partenaires, pour la mise en place d'une mission dont l'objet serait justement de faire le point des réalisations dans ce domaine et de proposer les conditions d'une prise en charge améliorée des handicapés psychiques dans notre pays. Si les modalités pratiques d'une telle mission restent à affiner, je peux vous dire que le principe d'une telle mission reçoit mon accord.

Aujourd'hui vous l'avez compris une grande politique répondant aux préoccupations des personnes handicapées et de leur famille est à l'œuvre. Parallèlement une réflexion nationale s'ouvre concernant le champ de la santé mentale et l'évolution des organisations et des missions des différents acteurs qui y travaillent.

Parallèlement le projet de loi révisant la loi de 1975 constituera également une étape dans les mois qui viennent. Avec la révision de cette loi, avec la loi de modernisation du système de santé promouvant le droit des malades elle aussi déposée prochainement par le parlement, j'ai le sentiment que nous sommes en train de faire progresser l'idée de démocratie dans le monde de la santé et dans celui du handicap. Cette cause nourrit mon enthousiasme vous le savez.

Mais je sais que la réussite de notre action passe par l'engagement de tous les acteurs concernés c'est à dire de vous-même à quelque niveau que vous vous trouviez. C'est pour cela que j'attache une importance capitale à l'écoute et à la concertation entre nous car une politique ne peut réussir que si elle traduit les aspirations de ce qu'elle implique. Je suis certaine que le dialogue que nous menons se poursuivra de façon positive et constructive.

J'aimerais conclure en vous faisant part de ma conviction profonde : la politique que nous menons vise à changer durablement et profondément le regard que porte notre société sur la personne handicapée. Je souhaite aussi que même dynamique conduise à sortir la maladie mentale de l'isolement dans lequel bien souvent la société l'a rejeté.

Soyez assuré de ma détermination sans failles pour progresser encore avec vous dans cette voie.



**5. Annexe : Carte des établissements relevant du conseil général**

**(annexe 5 non fournie par l'auteur)**

**6. Annexe : Carte des secteurs psychiatries**

**(annexe 6 non fournie par l'auteur)**

## 7. Annexe : Auto-évaluation, exemple de l'évaluation professionnelle

Notre outil d'évaluation actuel s'inspire de la méthodologie mise en œuvre par le CAT MESSIDOR à LYON. <sup>73</sup>

---

<sup>73</sup> VERRY V., *Handicap Psychique et Mémoire de l'Esprit*, Brochure Nationale de Santé publique - 2002

## GRILLE D'AUTOEVALUATION

Date d'évaluation : ..... Etape - ancienneté : ..... Nom du moniteur : .....  
 Nom du travailleur : ..... Secteur d'activité principal : .....

### ATTITUDE AU TRAVAIL

#### *Attitude face aux premières exigences du travail*

- |                                     |   |  |  |   |
|-------------------------------------|---|--|--|---|
| Arrive à l'heure (ponctualité)      | Toujours <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   | Parfois <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>         | Retards fréquents <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>                   | Jamais à l'heure <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| Présence tous les jours (assiduité) | Toujours <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   | Abs. justifiées <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Absences fréquentes ou injustifiées <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Trop d'absence <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   |
| Respecte les règles de vie (pause)  | Toujours <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   | Parfois <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>         | Infractions fréquentes <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>              | Refus des règles <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| Respecte les collègues              | Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Assez <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>           | A du mal <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>                            | Insuffisamment <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   |

#### *Attitude au travail*

- |                                    |   |  |  |   |
|------------------------------------|---|--|--|---|
| Porte de l'intérêt au travail      | Toujours <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>           | Si rappel <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   | Variable <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>      | Peu ou pas <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| Accepte l'autorité                 | Avec bonne volonté <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Difficilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>        |
| Accepte la critique                | Avec bonne volonté <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Difficilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>        |
| Veut progresser                    | Toujours <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>           | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Difficilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>        |
| Respecte le travail des autres     | Toujours <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>           | Si rappel <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   | Variable <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>      | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>        |
| Respecte les règles de sécurité    | Toujours <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>           | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Difficilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>        |
| Reste concentré pendant le travail | Oui <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>                | Correct <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>     | Distrain <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>      | S'évade <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>    |

#### *Attitude corporelle*

- |                              |   |  |  |   |
|------------------------------|---|--|--|---|
| Regard – geste - posture     | Aisance <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>              | Correct <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   | S'améliore <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>                | Pas à l'aise <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| Soin de soi et des vêtements | Facile <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>               | Si rappel <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | S'améliore <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>                | Insuffisant <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>  |
| Humeur                       | Régulière et adaptée <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Si rappel <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Irrégulière ou inadaptée <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>  | Insuffisant <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>  |
| Rythme                       | Rapide <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>               | Correct <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   | Trop lent <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>                 | Insuffisant <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>  |
| Travail en silence           | Oui <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>                  | Correct <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   | Insuffisamment silencieux <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>          |

**Commentaire :**       : à remplir par le travailleur       à remplir par le moniteur

## GRILLE D'AUTOEVALUATION

Date d'évaluation : ..... Etape - ancienneté : ..... Nom du moniteur : .....

Nom du travailleur : ..... Secteur d'activité principal : .....

### APPRENTISSAGE

#### Apprentissage

Capacité à être attentif	Oui <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	+ ou - <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Difficulté <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Compréhension des consignes	Avec facilité <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Avec explications <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Avec difficultés <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Insuffisant <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Mémorisation des consignes	Avec facilité <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Si rappel <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	De temps en temps <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Peu ou pas <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Exécution des tâches	Régulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Si rappel <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	De temps en temps <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Peu ou pas <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Régularité de l'exécution	Bonne <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Moyenne <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Insuffisante <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Peu ou pas <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Qualité de l'exécution	Bonne <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Correcte <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Insuffisante <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Maîtrise des savoirs faire	Parfaitement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Dans l'ensemble <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Quelques uns <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>

#### Organisation du travail

Prépare son poste de travail	Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Rangé son poste de travail	Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Connait le travail de l'équipe	Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Respecte les procédures	Toujours <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Si rappel <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Sait faire comme un professionnel	Très bien <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Correcte <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	A du mal <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>

Commentaire :  : à remplir par le travailleur  à remplir par le moniteur

## GRILLE D'AUTOEVALUATION

Date d'évaluation : ..... Etape - ancienneté : ..... Nom du moniteur : .....  
 Nom du travailleur : ..... Secteur d'activité principal : .....

### AUTONOMIE

#### **Adaptation à la nouveauté**

- |                                |   |  |   |  |
|--------------------------------|---|--|---|--|
| Capitalise ce qu'il a appris   | Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| S'adapte à de nouvelles tâches | Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| S'adapte aux personnes         | Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| S'adapte aux situations        | Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |

#### **Autonomie – responsabilité**

- |  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| Je sais organiser mon travail            | Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| Je me mes au travail seul                | Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| Je termine mon travail                   | Toujours <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   | Souvent <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>     | De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| Je contrôle moi même mon travail         | Toujours <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| Je suis responsable                      | Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| (clé, matériel, stocks, doc.)            |   |  |   |  |
| Je prend des initiatives                 | Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | De façon irrégulière <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| Je comprends la relation travail-salaire | Oui <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>        | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Pose des questions <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| Je sais parler de mon travail            | Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Difficilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>        | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |
| J'exprime mes désirs                     | Facilement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | Avec effort <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> | De façon excessive <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>   | Non <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> |

**Commentaire :**       : à remplir par le travailleur       à remplir par le moniteur

## GRILLE D'AUTOEVALUATION

Date d'évaluation : ..... Etape - ancienneté : ..... Nom du moniteur : .....

Nom du travailleur : ..... Secteur d'activité principal : .....

### RECAPITULATIF

<i><b>POINTS FORTS</b></i> .....	<i><b>POINTS A AMELIORER</b></i> .....
..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
<i><b>OBJECTIFS PRIORITAIRES</b></i> .....	<i><b>COMMENTAIRES</b></i>
..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

## **8. Annexe : Schéma d'élaboration d'un projet individuel**

**(annexe 8 non fournie par l'auteur)**

## 9. Annexe : Convention d'accompagnement

### Exemple : Problématique de Monsieur OF

OF se plaint que personne ne veut lui rendre visite. Certes, il reconnaît que la dernière fois qu'il a invité des collègues travailleurs handicapés du CAT, son appartement était dans un désordre total et les toilettes étaient effrayantes, il n'avait rien prévu à boire ni à manger.

Depuis cet événement, ses collègues lui reprochent son avarice.

Par ailleurs, OF s'inquiète de l'organisation de ses vacances mais il n'a aucune idée ni sur ce qu'il souhaite ni sur ses dates de vacances.

Cette problématique pourrait se traduire par la convention d'accompagnement suivante :

<p>Exemple : Convention d'accompagnement</p>
entre le SAAS
représenté par l'accompagnateur : J. DUPOND
et
OF
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Il a été convenu ce qui suit :
.....
But : être moins seul, pouvoir recevoir à son domicile.
Pré-requis :
Entretien son logement
Inviter ses collègue de CAT
Préparer une fête

Moyens :

deux après-midis avec l'accompagnateur pour apprendre à faire le ménage (un délai de deux mois est prévu pour obtenir un entretien acceptable de l'appartement)

Choix d'une date et invitation

Suivi des réponses aux invitations (prise en compte de la liberté des tiers)

Organisation de la réception en fin de journée avec la participation de l'accompagnateur

Evaluation :

Le ménage a-t-il été effectué chaque semaine ?

Le rythme d'une invitation par trimestre est-il tenu ?

L'image de OF a-t-elle évoluée positivement ?

But : Organiser ses vacances

Pré-requis :

Dégager un budget pour ses vacances

Se faire confirmer par le CAT ses dates de vacances

Définir ses préférences

Trouver un séjour ou un stage correspondant aux souhaits

Vérifier la faisabilité financière et les places libres

S'inscrire

Moyens :

Un après-midi avec l'accompagnateur pour faire son budget

collecter les informations nécessaires seul

Prendre une décision en réunion avec l'accompagnateur

S'inscrire seul

Evaluation :

Les vacances sont-elles organisées ?

Les vacances sont-elles conformes aux attentes ?

## **10 annexe : Fiches de poste**

### **FICHE DE POSTE PSYCHOLOGUE**

#### **Gestion administrative des personnels handicapés**

- Sélection téléphonique des candidats (15 à 20 par mois)
- Envoi du dossier de candidature
- Vérification des dossiers dont orientation COTOREP
- Convocation aux entretiens (accompagnateur, Psy, Dir.) (10 par mois)
- Obtention du compte rendu du psychiatre
- Entretien d'évaluation des candidats
- Notification des stages d'admission (4 par mois)
- Fin des stages ou reconduction
- Présentation du dossier en Comité d'admission pour décision
- Notification de l'admission (environs 2 par mois)
- Faire contre-signer tous les documents de prise en charge par l'accompagné

#### **Gestion administrative du dossier médico-social**

- Orientation COTOREP, procédures AGEPIPH, bilans de compétence
- Tenue à jour de la liste d'attente
- Correspondance avec la COTOREP (demande d'orientation, admission, évaluation, réorientation)
- Procédures AGEPIPH pour les bilans de compétences, les formations professionnelles, l'accompagnement en milieu ordinaire
- Plus généralement réponse à toute demande de l'administration concernant la situation médico-sociale d'un ou plusieurs travailleurs

#### **Suivi médico social des travailleurs handicapés**

Suivi avec chaque accompagnateur du projet individuel des accompagnés (40 par an)

Relation avec les référents et les familles

#### **Assistance aux accompagnateurs**

Intervention vis à vis des accompagnés en situation limite ou déstabilisés  
Lors des synthèses hebdomadaires, apport du point de vue du psychologue  
Apports théoriques ou méthodologiques à l'équipe

## **FICHE DE POSTE ACCOMPAGNATEUR**

### **Définition :**

Assure un soutien à l'autonomie d'adultes handicapés à travers des actions individuelles et collectives. Réalise des entretiens, réalise des actions avec et pour l'accompagné, rédige des synthèses et les bilans de ses actions, participe aux réunions de synthèse,

### **Condition générale d'exercice**

L'emploi s'exerce à domicile et en milieu ouvert avec de fréquents déplacements de faible importance. Le port de tenues variées et adaptées aux situations sociales ou aux activités est nécessaire. Certaines actions pourront nécessiter des déplacements de plusieurs jours.

Cette activité implique de travailler en horaire décalé irrégulier, le soir et le week end.

### **Formation et expérience**

Ce poste est accessible à des :

- Moniteur éducateur
- Educateur spécialisé
- Educateur technique spécialisé
- Conseiller en économie sociale et familiale
- Autodidacte avec une bonne expérience acceptant de se former

### **Compétences communes**

#### *Compétence technique de base :*

Créer une bonne relation avec l'accompagné

Ecouter et aider l'accompagné à formuler ses besoins,

Savoir reformuler, hiérarchiser les besoins et les transformer en problématiques et actions opérationnelles.

Savoir créer une ambiance de groupe chaleureuse

Savoir animer et motiver un groupe pour des actions

Savoir rendre compte de ses actions et travailler en partenariat avec des tiers familles, travailleurs sociaux, autres intervenants.

*Compétences associées*

Affinité pour la fête et goût de la vie

Pratique de l'entretien du logement, notions de bricolage

Compétence en communication

Pratique de l'informatique

Capacité à conduire un véhicule 9 places

*Capacité liées à l'emploi*

L'emploi requiert d'être capable de :

Etablir rapidement une relation de confiance et de coopération avec les accompagnés

Savoir être disponible et accessible pour des besoins imprévus

Savoir gérer la maladie mentale

Supporter une grande autonomie dans le travail

**FICHE DE POSTE**  
**SECRETAIRE ADMINISTRATIVE ET COMPTABLE**

**Gestion de la paye (opérateur unique)**

Saisie des fiches salariés (entrée, arrêt, sortie)  
Saisie des variables de paye (heures travaillées, arrêt maladie)  
Génération des règlements  
Préparation des soldes de tout compte  
Déclaration de charge  
Comptabilisation des écritures  
Déclaration URSSAF/GARP/Taxe sur les salaires/caisses de retraite  
Déclaration DADS et DDTEFP

**Comptabilité (opérateur unique)**

Saisie des écritures et contrôle  
Exécution des règlements fournisseurs  
Gestion des règlements clients  
Tenue de la trésorerie  
Etats de synthèse, bilan compte de résultat

**Secrétariat administratif**

Frappe des courriers et rapports de l'institution  
Suivi des entrées, sortie et jours d'absence pour hospitalisation des accompagnés  
Etablissement des documents d'activité pour le conseil général  
Planning des congés  
Dossiers assurances (modifications, déclaration sinistre, prise en charge de sorties)      Charge fixe  
Dossiers administratifs eau, gaz, électricité, bailleurs, conventions avec la mairie, . . .

## 11. Annexe : Tableaux du personnel

### TABLEAU DES EFFECTIFS DU PERSONNEL

EMPLOIS	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIELS		TOTAL	
	Nb d'agents	Nb agents	Nb ETP	Nb agents	Nb ETP
Personnel permanent					
1 – Directeur / Chef de service					
Directeur – Th. COLIN		1	.3	1	.3
Psychologue		1	.5	1	.5
2 – Administration					
Secrétaire admin et comptable	1			1	1
4 – Personnel éducatif					
Accompagnateur chef	1			1	1
Accompagnateur	3			3	3
<b>TOTAL PERSONNELS PERMANENTS</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>0.8</b>	<b>7</b>	<b>5,80</b>

# TABLEAU DE CALCUL DES APPOINTEMENTS EN POINTS

SAAS

POSTE	DATE ENTREE	COEFF BASE	ANCIENNETE	PRIME PTS	PRIME ENFANTS	ETP	TOTAL PT	NB	TOTAL ANNUUEL PTS	
							MENSUELS MOIS			
ETABL EMPLOI GROUPE										
Directeur des enfants	01/05/98	01/05/98	800	3	0,00	54,00	0,3	256,20	12	3 074,40
Psychologue	01/01/97	01/01/97	800	0	65,68	0,00	0,5	432,84	12	5 194,08
Sec. Adm et COMPTABLE des enfants	01/12/94	01/01/96	478	3	39,24	0,00	1	517,24	12	6 206,93
Educateur chef	15/10/95	15/10/95	581	11	47,70	0,00	1	628,70	12	7 544,40
Educateur spécialisé	01/04/96	01/04/96	434	0	35,63	0,00	3	1 408,89	12	16 906,73
<b>TOTAUX</b>										<b>38 926,54</b>

**TABLEAU DE CALCUL DES APPOINTEMENTS EN EUROS**  
**ETABLISSEMENT PRIVE**

**SAAS**

<b>POSTE</b>	<b>TOTAL ANNUEL PTS</b>	<b>TOTAL €</b>	<b>PRIME €</b>	<b>REM ANN TOT. €</b>
Directeur	3 074,40	10 704,86 €	118,91 €	10 823,77 €
Psychologue	5 194,08	18 085,45 €		18 085,45 €
Secrétaire comptable	6 206,93	21 612,11 €		21 612,11 €
Educateur Chef	7 544,40	26 269,12 €		26 269,12 €
Educateur spé	16 906,73	58 868,15 €		58 868,15 €
<b>TOTALX</b>	<b>38 926,54</b>	<b>135 539,69 €</b>	<b>118,91 €</b>	<b>135 658,60 €</b>
<b>TOTALX EN FRANCS</b>		<b>867 871,19 F</b>	<b>4 068,00 F</b>	<b>871 939,19 F</b>
Valeur moyenne du point :		3,48 €	22,84 F	

# CALCUL DES CHARGES PATRONALES SUR APPONTEMENTS

SAAS

BASE DE CALCUL	EMPLOYES	CADRES	SOUS TOTAL
CATEGORIE ET NOMBRE	CPM : 1	CIPC : 3	4
T A	106 749,38 €	19 635,43 €	126 384,81 €
T B		9 273,79 €	9 273,79 €
<b>TOTAL APPONTEMENTS BRUTS</b>	<b>106 749,38 €</b>	<b>28 909,22 €</b>	<b>135 658,60 €</b>

CPTES	NATURE DES CHARGES PATRONALES	RAPPEL TX	BASES	TAUX	TOTAL
6311	Taxe sur les salaires				
	1° taux		45 028,10 €	4,25	1 913 €
	2° taux		44 857,36 €	8,5	3 813 €
	3° taux		45 773,14 €	13,6	6 225 €
			135 658,60 €		11 951 €
			<b>Taxe sur salaires - Net à payer</b>		<b>11 951 €</b>

6333	Formation professionnelle				2 849 €
6334	Effort de construction				610 €

<b>TOTAL CHARGES FISCALES</b>					<b>15 411 €</b>
<i>TOTAL CHARGES FISCALES EN FRANCS</i>					<i>64 195 F</i>

# CALCUL DES CHARGES PATRONALES SUR APPOINTEMENTS en EUROS (suite)

SAAS

CPTES	NATURE DES CHARGES PATRONALES	RAPPEL TXN-1	BASES	TAUX	TOTAL	TOTAL F
<b>RAPPEL TOTAL CHARGES FISCALES</b>						
64511	Cotisations URSSAF	T	24,40%	135 659 €	24,40%	33 100,70 €
	Régime général	P	8,30%	126 385 €	8,30%	10 489,94 €
64513	Cotisations retraite		5,10%	106 749 €	5,10%	5 444,22 €
	Cadres	TA	5,14%	19 635 €	5,14%	1 009,26 €
		TB	12,50%	9 274 €	12,50%	1 159,22 €
64514	Cotisations ASSEDIC	TA	5,33%	106 749 €	5,60%	5 977,97 €
		TB	5,51%	9 274 €	5,60%	519,33 €
<b>647 Autres charges sociales</b>						
	Medecine du travail					418,32 €
	Frais de formation					1 524,49 €
	Carte orange					3 512,36 €
<b>TOTAL DES CHARGES</b>						
					63 155,81 €	392 279,96 F
<b>TOTAL CHARGES SUR APPOINTEMENTS</b>						
					<b>78 566,51 €</b>	<b>457 475,02 F</b>
					214 225,11 €	1 329 414,21 F

Taux de charges sur appointements	n-3*	n-2*	n-1*	n
	48,03%	45,13%	48,37%	53,89%

\* valeurs constatées pour le CAT.

12. Annexe : Section d'investissement

**DOTATION AUX AMORTISSEMENT ET PROVISIONS**

**SAAS**

Immobilisation à amortir	date	Val d'acquisition	Taux linéaire	Amort cumul n-1	Dotation année n	Amort cumul n	Val nette comptable
Mobilier bureau	janv-03	3 658,78 €	14,29%	0,00 €	522,68 €	522,68 €	3 136,09 €
Mobilier collectif	janv-03	1 524,49 €	14,29%	0,00 €	217,78 €	217,78 €	1 306,71 €
Logiciels de comptabilité	janv-03	914,69 €	20,00%	0,00 €	182,94 €	182,94 €	731,76 €
Ordinateur gestion	janv-03	2 744,08 €	25,00%	0,00 €	686,02 €	686,02 €	2 058,06 €
Ordinateur bureau éduc	janv-03	1 829,39 €	25,00%	0,00 €	457,35 €	457,35 €	1 372,04 €
Ordinateur bureau dir	janv-03	1 829,39 €	25,00%	0,00 €	457,35 €	457,35 €	1 372,04 €
Central téléphonique	janv-03	914,69 €	25,00%	0,00 €	228,67 €	228,67 €	686,02 €
Imprimante fax laser	janv-03	1 097,63 €	25,00%	0,00 €	274,41 €	274,41 €	823,22 €
Photocopieur	janv-03	3 048,98 €	20,00%	0,00 €	609,80 €	609,80 €	2 439,18 €
<b>TOTAUX</b>		17 568,13 €		0,00 €	3 637,00 €	3 637,00 €	13 925,13 €
<i>TOTAUX en Francs</i>		115 239 F		0 F	23 857 F	23 897 F	91 343 F

Retenu N-1	Amort échu	Amort nouv	Différence
0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
0,00 €	0,00 €	3 637,00 €	3 637,00 €
0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>3 637 €</b>	<b>637 €</b>

### 3 13. annexe : Budget détaillé et commenté

<i>Compte Postes</i>	<i>Montant</i>
606110 Gaz et électricité	600 €
Ce montant correspond au coût de chauffage et d'électricité d'un appartement de type F4/F5.	
606300 Fournitures & petits équip	500 €
Estimation en fonction des consommations constatées au CAT.	
606400 Fournitures admin	1 500 €
Estimation en fonction des consommations constatées au CAT.	
<b>60 ACHATS</b>	<b>2 600 €</b>
613200 Locations immobilières	10 000 €
615200 Entretien immobilier	1 000 €
Les charges locatives sont estimées à 10% du loyer. Nous privilégierons sous ce rapport un local en rez de chaussée avec accès direct sur la rue sans gardien . . .	
615510 Indemnités kilométriques	2 400 €
Ce budget a été établi sur la base de 4 accompagnateurs se déplaçant dans leur véhicule personnel en moyenne de 10 km par jour et 200 jours par an. Les faibles kilométrages quotidiens se justifient par le choix d'un regroupement des maisonnées sur une base géographique.	
Toutes les activités facultatives, nécessitant des déplacements en véhicule, devront être financées par les accompagnés éventuellement en louant des véhicules de type monospace.	
616000 Assurances	1 600 €
Le poste assurance correspond aux responsabilités suivantes :	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Resp. civile de l'établissement (800 €),</li><li>• la multi-risque du local et des matériels (200 €)</li><li>• l'assurance automobile tout risque collaborateur (600€).</li></ul>	
618100 Documentation	100 €

Le service s'appuiera sur le fond documentaire de l'association. Cependant, une adhésion au MAIS est prévue.

**61 SERVICES EXTERIEURS 15 100**

623200 Commissariat aux comptes 1 000 €

Les comptes du service devront être révisés par un commissaire aux comptes. Compte tenu de la simplicité de la comptabilité, le tarif syndical minimal devrait être obtenu.

623600 Catalogues et imprimés 1 000 €

Un minimum de papiers à en tête, de dossiers d'admission et de documents descriptifs de l'activité et du service est à prévoir.

626200 Téléphone 2 000 €

Le budget téléphone inclus 5 téléphones mobiles (1 200 €/an) et un budget communications locales correspondant à 2 heures de communication par jour (600 €/an). En revanche, dans un premier temps, une seule ligne de téléphone sera louée à France Telecom pour la voix et le fax (200 €/an).

626300 Affranchissement 300 €

L'affranchissement correspond à 15 recommandés par an pour les procédures budgétaires et les déclarations sociales (75 €/an) et environ 2 courriers par mois liés à chaque usager(200 €/an).

628200 Organisme de contrôle 1000 €

Il est indispensable de faire vérifier notre local qui devra recevoir du public par un organisme type APAVE pour un coût généralement constaté de 1000 €

**62 Autres services extérieurs 5 300 €**

Les charges de personnel sont étudiées en détail dans les tableaux budgétaires en annexe 11.

Directeur 10 824 €

Le directeur est celui du CAT. Dans la mesure où une part importante des accompagnés seront soit des travailleurs du CAT, d'anciens travailleurs du CAT ou encore des candidats potentiels pour le travail en CAT, une synergie évidente se dégagera.

Psychologue 18 085 €

Le coût d'un psychologue à mi temps peut sembler excessif pour une structure accueillant 40 malades mentaux mais son rôle est essentiel à la qualité de la prise en charge. Il sera le même que celui du CAT pour constituer un temps complet.

Educateur chef 26 269 €

L'éducateur chef est un éducateur spécialisé avec 10 ans d'expérience.

	Educateur spécialisé	58 868 €
	Secrétaire adm. & cpt.	21 612 €
	Charges sociales	78 567 €
<b>64</b>	<b>Charges de personnel</b>	<b>214 225 €</b>

**68 DAP 3 637 €**

Les investissements et les dotations aux amortissements correspondantes sont étudiées en détail dans la section d'investissement en annexe 12.

**6 Total Charges 240 862 €**

**7 Dotation Globale de Fonctionnement 240 862 €**

	Places	40
	Jours d'ouverture	330
	Total des journées	13 200

**Prix de journée 119,69 F ou 18,25 €**

#### **14. Annexe : La procédure de création**

L'établissement que nous projetons de créer, relève de la compétence du conseil général des Hauts de Seine qui doit, préalablement à tout commencement d'exécution, donner son autorisation.

Le service d'accompagnement envisagé ne fait pas partie des institutions sociales prévues dans le cadre de la loi de 1975 ; il ne suit donc pas nécessairement la procédure commune de passage devant le Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) pour avis motivé, même si de nombreux départements demandent l'avis du CROSS.

Notre projet de service d'accompagnement s'inscrit dans le schéma directeur du département de Hauts-de-Seine, en particulier comme stratégie de maintien à domicile et d'évitement du placement en foyer.

Le dossier de demande d'autorisation de création de service d'accompagnement est à fournir en neuf exemplaires à la direction de la vie sociale du conseil général.

Le plan type de la demande d'autorisation est le suivant :

- 1) Exposé des caractéristiques du service (localisation et zone d'intervention, publique et capacité)
- 2) Intérêt de l'opération au regard des besoins de la population
- 3) Objectifs sociaux du projet
- 4) Statuts de l'association gestionnaire
- 5) Qualification de la personne physique chargée de la gestion
- 6) Situation juridique des immeubles
- 7) Projet architectural
- 8) Dossier financier (investissements, budget d'exploitation, modalités de financement)
- 9) Dossier du personnel
- 10) Dérogations demandées par rapport aux textes en vigueur
- 11) Projet de convention
- 12) Délai de réalisation

L'instruction de la demande se fait après saisie de l'autorité compétente, le Président du conseil général, par l'association gestionnaire au moyen d'un dossier type envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le service instructeur dispose d'un délai d'un mois pour examiner le dossier à partir de la réception du projet. Dans ce délai, le service instructeur peut demander des pièces complémentaires. Le délais d'instruction de six mois court à partir de la réception de la dernière pièce complémentaire.

Dans un premier temps, le service instructeur recueille des avis sur le projet :

- Mairie de la commune d'implantation,
- Services Incendie et Secours,
- Direction Départementale de l'Équipement,
- Architecte des Bâtiments de France,
- Service d'Hygiène Alimentaire,
- Caisse Régionale d'Assurance Maladie pour l'octroi d'un forfait soins.

Dans un second temps, l'avis du CROSS est sollicité. Le programme est examiné lors d'une séance de ce comité à laquelle sont également conviés le promoteur et les rapporteurs de chacune des autorités compétentes pour autoriser l'opération. L'avis est transmis à ces mêmes autorités ainsi qu'au demandeur.

L'avis du conseil général sur la création de notre service d'accompagnement devra nous être notifié avant la fin du délai d'instruction de six mois. Si jamais la décision n'était pas notifiée, l'autorisation serait considérée comme acquise.

Cependant, compte tenu du projet de rénovation de la loi de 75, actuellement en cours d'examen au sénat, et du délai nécessaire à l'aboutissement de notre projet, il nous sera sans doute nécessaire de respecter l'ensemble du formalisme de création d'un établissement social et donc de passer en CROSS.

## 15. Glossaire

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AGEFIPH	Association pour la gestion du fond de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
AP	Atelier protégé
CA	Conseil d'administration
CAT	Centre d'aide par le travail
CES	Contrat emplois solidarité
CIDIH	Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
CIE	Contrat initiative emploi
CIH	Classification internationale des handicaps
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnelle
CROSS	Comité régional d'organisation sanitaire et social
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDE	Direction départementale de l'équipement
DDSV	Direction départementale des services vétérinaires
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DGASS	Direction générale des affaires sanitaires et sociales
DGF	Dotation globale de fonctionnement
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DVS	Direction de la vie sociale du conseil général
MAIS	Mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés
RTT	Réduction du temps de travail
SAAS	Service d'accompagnement à l'autonomie sociale
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire

## 16. Bibliographie

- ACHAINTRE A., *Les psychothérapies de l'adulte, Soins infirmiers en psychiatrie*, Paris : LAMARRE POINAT, 1979, T2,
- ARHIF, *Carte sanitaire, schéma régional et annexes de la psychiatrie en Ile-de-France*, Paris : ARIHF, 1998,
- BLANC A., STIKER H.-J., *L'insertion professionnelle des personnes handicapés en France*, Paris : Desclée de Brouwer, Handicap, 1998
- BLANC C.-J., *Psychiatrie et pensée philosophique*, Paris : L'Harmattan, 1998
- BOURILLON A., CABANIS E. A., CHAPUIS Y. et al., *Larousse médical*, Paris : LAROUSSE, 1995
- BROSSY C., *Etude sur la fonction de direction en service d'accompagnement dans la région Rhône alpes*, Montpellier : IRFFD, 1996
- CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris : Fayard, 1995
- COLLECTIF, *Le robert d'aujourd'hui*, Paris : Dictionnaire LE ROBERT, 1991
- CONSEIL GENERAL DES HAUTS DE SEINE, *Enquête sur les besoins en structure d'accueil pour adultes handicapés évalué à partir des données médicales contenues dans les dossiers CDES et COTOREP*, Nanterre : non publié, Bib vie sociale réf AF62 DIR, 1987.
- CONSEIL GENERAL DES HAUTS DE SEINE, *Schéma des établissements et structures pour adultes handicapés*, actualisation 2000, Nanterre : Rapport, 2000,
- CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rennes : ENSP - 1998
- CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris : SEUIL, 1977
- CROZIER M., *L'entreprise à l'écoute*, Paris : Interédition, 1989,
- D'ESPINEY P., *La psychothérapie du docteur Vittoz*, Paris : Pierre Téqui, 1997,
- DANANCIER J., *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*, Paris : Dunod, 1999

DDASS DES HAUTS DE SEINE, *Schéma départemental des Adultes Handicapés*, Nanterre : Rapport, 2001,

DE ROBERTIS C., *Le contrat en travail social*, Paris : BAYARD, 1993,

DELION P., *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*, Paris : Erès. 1998

DENIKER P., OLIE J.-P., *Fou moi ? La Psychiatrie hier et aujourd'hui*, Paris : Odile Jacob. 1998

DIQUEMARE D., *Approche opérationnelle du concept d'autonomie*, Les cahiers de l'ACTIF, n° 199

DRASS IDF, *Schéma régional d'organisation sanitaire et sociale de l'Île de France*, Paris : DRASS, 2001

DRASSIF, *Tableau de bord des centres d'aide par le travail d'Île de France, exercice 1996*, Paris : DRASS IDF, 1998,

ECHAVIDRE P., ECHAVIDRE M.-S., CHEMARIN Y., *Autonomie et socialisation*, SNADOC, Cergy Pontoise : Dialogue, 1995

ENDICOTT J., NEE J., HARRISSON W., *Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire : A new measure*. *Psychopharmacology Bulletin*, 29, 321-326, 1993

FOUCAULT M., *Histoire de la folie*, Paris : Gallimard,

FOUCAULT M., *Maladie mentale et psychologie*, Paris : PUF 1997

GRANVAL D., *Le projet individualisé en travail social*, Paris : L'harmattan, Col Technologie de l'action sociale, 2000

GRAWITZ M., *Lexique des sciences sociales*, 5<sup>e</sup> édition, Paris : Dalloz, 1991

HANUS M., *Psychiatrie de l'étudiant*, 9<sup>e</sup> édition, Paris : MALOINE, 1998,

HERMEL P., *Le management participatif, sens, réalités, actions*, Paris : Les Editions de l'Organisation, 1988

JANVIER R., MATHO Y., *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, Paris : DUNOD, 1999,

JEAGER M., *La psychiatrie en France*, Paris : SYROS, 1989

JOING J.-L., *Maîtriser la démarche qualité dans les établissements Sociaux et Médico-sociaux*, Paris : ESF, Collection Action Sociale / Société, 1998

LOUBAT J.-R., *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod 1997

MAFFESOLI M., *L'accompagnement social un plus pour la personne handicapée un plus pour la cité*, Actes du colloque de Grenoble 1989, Grenoble : MAIS, 1990,

MIRAMON J. M., *Manager le Changement dans l'action sociale*, Rennes : ENSP, 1996

PETITCLERC J.-M., *L'évaluation une nécessité incontournable*, Paris : EMPAN, n°9, 1992,

PIEL E., ROELANDT J.-L., *De la Psychiatrie vers la santé mentale*, Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001

SEQUIER M., *Construire des actions collectives, développer les solidarités*, Lyon : Chronique sociale, 1997

SIVADON P., DURON J., *La santé mentale*, Paris : Epoque Privat, 1979,

SØJR A., *La politique de santé mentale en question*, Paris : Les études hospitalières, 1995

TAP P., *La société Pygmalio, intégration sociale et réalisation de la personne*, Paris : Dunod 1988

THEVENET A., *L'aide sociale aujourd'hui après la décentralisation*, 13° éd. Paris : ESF Editeur, 1999

TRIOMPHE A., *Les personnes handicapées en France*, Paris : INSERM-CTNERHI, 1996

VERLCHE D. *Principe méthodologique pour la mise en oeuvre des actions de soutien en CAT*, Paris : SNADOC, 1984

VERRY V., *Handicap psychique & réinsertion*, Lyon : Brochure octobre 2000,

#### Articles et revues

ATKINSON M.-J., ZIBIN S., *Evaluation de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques : analyse critique des mesures et des méthodes*, Calgary : Rapport, Univ. de Calgary, 2001,

BECKER M., DIAMOND R., SAINFORT F., *A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness*, Quality of life Research, 1993

*Classification internationale des Handicaps : du concept à l'application*, Actes du Colloque CTNERHI 1987, Evry : PUF, 1987.

GUIGOU E., *Discours de présentation en première lecture du projet de loi rénovant l'action sociale et médico sociale*, Paris : Assemblée Nationale, 31 janvier 2001.

JOSPIN L., *Allocution de Mr le premier ministre devant le Conseil National des personnes handicapées*, Paris : PREMIER MINISTRE, 25 janvier 2000,

MURARD L., *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Paris : RECHERCHE, mars 1975, N° 17

*Nouvelles pratiques sociales*, Cahier PROMOGRAF, n° 5 septembre 1994

ROUSSEL P., *La révision de la classification internationale des handicaps en 1996*, paris : Handicap et inadaptation les cahiers du CTNERHI, oct.-déc. 1996, n° 72,

STIKER H.-J., *Quand les personnes handicapées bousculent les politiques sociales*, Paris : Revue Esprit, n° 12 déc 1999