

**AVEC UN C.H.S., CRÉER ET DÉVELOPPER UN SERVICE
D'ACCOMPAGNEMENT POUR MALADES MENTAUX
STABILISÉS**

Isy MADIAMA

caldes

2000



Sommaire

INTRODUCTION 4

PARTIE 1 : LE PROCESSUS DE CREATION DU SERVICE

D'ACCOMPAGNEMENT 6

1.1. L'association gestionnaire : « Les Amis de l'Atelier »	6
1.1.1. Rappel historique	6
1.1.2. Les établissements et services	7
1.1.3. L'organisation de l'association	8
1.2. L'UNAFAM et son relais l'ARVM	9
1.2.1. L'UNAFAM	9
1.2.2. L'ARVM	9
1.2.3. L'estimation des besoins	10
1.2.4. L'accord ARVM / « Les Amis de l'Atelier »	12
1.3. La maladie mentale et les aspects sociaux	12
1.3.1. Les psychoses et les névroses	13
1.3.2. La place de la maladie mentale dans la société	14
1.3.3. L'infirmité, le handicap, le désavantage social	15
1.3.4. La stabilité et l'insertion sociale des malades mentaux	19
Conclusion de la partie 1	22

PARTIE 2 : LA MISE EN ŒUVRE ET LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE :

CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE 24

2.1. Le concept de projet	24
2.2. La présentation du service d'accompagnement	26
2.2.1. La légitimité juridique et réglementaire du service d'accompagnement	26
2.2.2. A propos de l'accompagnement social	27
2.2.3. A propos de l'autorisation	28
2.3. L'implantation géographique et l'environnement du service	29
2.4. Les caractéristiques de la population accueillie	30
2.5. La procédure d'admission et les missions du service	35

2.6. Les moyens humains et financiers	37
2.6.1. Les choix humains : les moyens prévus en personnel	37
2.6.2. Les modalités de financement	39
2.6.3. Le rôle du chef de service	39
2.6.4. La stratégie d'accompagnement de la mise en place du service et les outils de travail	40
2.7. La personnalisation du service rendu	44
2.7.1. Partir de la personne	44
2.7.2. Les projets personnalisés	46
2.7.3. La place des familles	48
Conclusion de la partie 2	50
<u>PARTIE 3</u> : LE DEVELOPPEMENT DU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT	51
3.1. Le partenariat développé par le service	52
3.1.1. Un partenariat institutionnel	53
3.1.2. Un partenariat fonctionnel	54
3.2. La coopération avec le C.H.S. PAUL GUIRAUD	55
3.2.1. Le service 13 et la mission « Réhabilitation-Déchronicisation »	56
3.2.2. La démarche de contractualisation du partenariat	58
3.3. L'émergence de nouveaux projets	60
3.3.1. Le projet de création d'une résidence sociale durable, de type pension de famille	61
3.3.2. Le projet de création d'un club ressources pour personnes en situation de handicap psychique	62
Conclusion de la partie 3	64
<u>CONCLUSION GENERALE</u>	65
BIBLIOGRAPHIE	67
SIGLES	3
ANNEXES	69

LISTE DES SIGLES

- **UNAFAM** : Union Nationale des Amis et Familles des Malades mentaux.
- **C.H.S.** : Centre Hospitalier Spécialisé.
- **CAT** : Centre d'Aide par le Travail.
- **CITL** : Centre d'Initiation au Travail et aux Loisirs.
- **ARVM** : Accueil et Réinsertion dans le Val-de-Marne.
- **AAH** : Allocation aux Adultes Handicapés.
- **COTOREP** : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **ISIS** : Institut Supérieur d'Intervention Sociale.
- **CREAI** : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées.
- **RMI** : Revenu Minimum d'Insertion.
- **DIPAS** : Direction de la Prévention et de l'Action Sociale.
- **UDAF** : Union départementale des associations familiales.
- **CCAS** : Centre Communal d'Action sociale.
- **SCIC** : Organisme de logement social, filiale de la caisse des dépôts et consignations.
- **EPSR** : Equipe de Préparation et de Suivi de Reclassement.
- **UMD** : Unité de Malades Difficiles.
- **SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sociale.
- **CROSS** : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.
- **PLAI** : Prêt locatif aidé d'intégration.
- **APL** : Allocation Personnalisée au Logement.

INTRODUCTION

Au fil des siècles, la maladie mentale et sa prise en charge, sont passées de l'interdit culturel à l'exclusion, puis à l'enfermement et à la ségrégation sociale. Cette histoire a défini la place faite dans notre société aux malades mentaux : place faite d'exclusion, de rejet, de peurs. Cette place désignée depuis des générations est le premier obstacle à l'insertion de cette population, tandis que la réalité institutionnelle actuelle de l'offre de soins en psychiatrie montre une diminution importante du nombre de lits d'hospitalisation (diminution de plus de 25% en huit ans de la capacité hospitalière en psychiatrie publique), et de la durée moyenne de séjour (80 jours en 1985 contre 45 jours en 1993)¹.

Ces processus de désinstitutionnalisation et de déshospitalisation entraînent un risque de clochardisation ou de conditions de vie extrêmement précaires pour certains malades mentaux, plus ou moins stabilisés.

Pour éviter un tel risque à leurs enfants malades mentaux stabilisés, des familles réunies au sein de l'UNAFAM, s'organisent localement pour sensibiliser les politiques et les professionnels du social, afin de rechercher avec eux des voies d'insertion pour leurs enfants. Mais, quelles propositions et modalités d'insertion sociale sont possibles pour des malades mentaux sortant d'hospitalisation longue ? D'autant que, à première vue, des contradictions apparaissent, rendant presque impossible l'objectif d'insertion :

D'une part, il existerait des contradictions entre la nature même des troubles dûs à la maladie mentale et l'objectif d'insertion sociale et professionnelle. En effet, la population concernée souffre de pathologies dans lesquelles les difficultés relationnelles sont bien souvent les symptômes principaux. Ces derniers sont eux-mêmes facteurs d'exclusion du champ relationnel et donc du lien social. Or l'objectif de l'insertion sociale est un objectif de rétablissement du lien du sujet avec lui-même, du lien communautaire.

D'autre part, il est unanimement reconnu que l'insertion sociale demande un processus long et dynamique, qui nécessite pour les intéressés, professionnels comme malades mentaux, des modifications concernant la relation au temps, à l'espace et aux faits. Or, certaines caractéristiques de la population concernée représentent une première difficulté. Il s'agit notamment de la chronicité liée à la maladie mentale, de la chronicisation qui est la dépendance aux institutions de soins, ainsi que de la relation que les malades mentaux ont avec le temps et les lieux. Il est nécessaire de faire coïncider les deux temporalités, d'une part celle du malade

¹ GONCE-LIPIRA P., *Vivre hors les murs de l'hôpital.*, Mémoire DSTS, ETSUP, 1998, p. 4.

mental et de son évolution, d'autre part celle du processus d'insertion qui ne doit cependant pas, à son tour, devenir un processus chronique.

Pour ces populations, il y a à coup sûr nécessité des soins et d'un accompagnement social approprié.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 et les orientations de la réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales insistent sur la nécessité de décroiser le sanitaire et le médico-social. Il s'agit d'en finir avec le clivage artificiel existant entre le sanitaire et le social dans la prise en charge des personnes dont le handicap résulte d'une affection psychique invalidante. Mais, comment créer ces structures et faire jouer la complémentarité entre le sanitaire et le médico-social ?

Regroupées au sein de l'UNAFAM, les familles des personnes concernées par la maladie mentale s'organisent localement pour leur bien-être et celui de leurs enfants.

C'est ainsi que les membres de l'UNAFAM du 94 (ou ARVM) ont contacté l'association « Les Amis de l'Atelier » en vue de rechercher une forme de prise en charge adaptée à leurs enfants stabilisés.

N'ayant pas d'expérience spécifique dans le domaine de la maladie mentale, l'association « Les Amis de l'Atelier » a, néanmoins, décidé d'aller explorer ce secteur en commençant par la création d'un service d'accompagnement, qui est aussi un lieu d'observation.

Dès le début, « Les Amis de l'Atelier » ont pensé que le travail avec un public des malades mentaux stabilisés ne pouvait se concevoir qu'avec un centre hospitalier spécialisé ; de ce fait, la mise en place d'un partenariat constructif entre le C.H.S. Paul Guiraud et « Les Amis de l'Atelier » est l'enjeu de ce projet. C'est l'histoire de ce service.

Le travail avec un C.H.S. autour de la création d'un service d'accompagnement étant une gageure, c'est ce que « Les Amis de l'Atelier » ont essayé de faire et qui est traduit dans ce mémoire.

En tant que chef de service depuis le 1^{er} octobre 1999, je suis chargé par l'association « Les Amis de l'Atelier », de la mise en place de ce service d'accompagnement.

C'est donc à partir de ma fonction de chef de service, que je me propose de réfléchir à la mise en place et au développement d'un service d'accompagnement pour malades mentaux stabilisés. Pour ce faire, trois parties seront abordées :

- 1- Le processus de création du service d'accompagnement.
- 2- La mise en œuvre et le fonctionnement du service : contexte institutionnel et juridique.
- 3- Le développement du service d'accompagnement.

PARTIE 1 : LE PROCESSUS DE CREATION DU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT

1.1. L'association gestionnaire : « Les Amis de l'Atelier »

1.1.1. Rappel historique

Pour soutenir l'effort de reconstruction de l'après-guerre, des mennonites² américains sont venus en France en 1945, dans le cadre de la fraternité mondiale. En 1950 est créée l'Association Fraternelle Mennonite qui accueille des orphelins de guerre et ouvre, en 1953, une maison de retraite.

En 1953, dans une perspective chrétienne, la Mission Mennonite Française se préoccupe particulièrement d'aider les familles ayant un enfant handicapé mental. Cette action se prolonge, en 1961, par la création de l'association « Les Amis de l'Atelier » et l'ouverture d'un CAT de 48 places.

L'association est laï que et il est évident qu'elle ne fait aucune demande d'adhésion aux valeurs aux usagers ; par contre, le personnel est au courant des valeurs de référence de l'association, mais il provient de tout horizon.

Les objectifs des Amis de l'Atelier sont d'accueillir des personnes adultes handicapées mentales des deux sexes et de les accompagner dans tous les aspects de la vie : le travail, les loisirs, les repas, les soins, l'hébergement, etc. Cet accompagnement s'inscrit dans la durée, et l'association adapte ses établissements et services aux évolutions personnelles des résidents handicapés.

Les Amis de l'Atelier considèrent, en effet, que toute personne est revêtue d'une dignité et d'une valeur propre. L'attention à la personne, à ses potentialités, à sa souffrance est primordiale.

Le projet associatif spécifie que ce sont des relations sincères et vraies qui aideront les personnes blessées ou diminuées à prendre confiance en elles-mêmes, à gagner en autonomie et à trouver un équilibre de vie. Tous les lieux d'accueil de l'association ont ainsi été conçus pour favoriser, dans la mesure du possible, une réelle intégration de la personne handicapée dans la société.

² Les mennonites font partie de la famille des églises protestantes. Leur origine remonte au début du 16^{ème} siècle où ils se sont distingués des autres réformateurs en préconisant la séparation de l'Eglise et de l'Etat, le baptême des adultes et la non violence. Aujourd'hui, les mennonites sont implantés dans tous les continents, grâce à leur action dans le domaine social.

1.1.2. Les établissements et services

L'association « Les Amis de l'Atelier » connaît un développement important depuis plusieurs années. En effet, en 1980, de nouveaux bâtiments ont permis une extension du premier CAT à 60 places. Dans le même temps, les anciens locaux du CAT ont été transformés en CITL pour y accueillir 24 adultes handicapés mentaux inaptes à un travail en CAT.

En 1983, l'association a ouvert un foyer d'hébergement, « la Maison heureuse », pour 12 femmes et 12 hommes travaillant en CAT. Un service d'accompagnement et de suite s'est mis en place courant 1989 afin de suivre 15 personnes logées en appartements indépendants. Début 1988 a été ouverte « la Résidence des Amis »: 12 places en foyer de vie et 12 places en foyer d'hébergement pour des personnes fréquentant le CITL.

De 15 personnes initialement, les effectifs salariés passent à 30 en 1981 et à près de 200 aujourd'hui.

Implantée principalement dans le sud des Hauts de Seine (92) et le Nord de l'Essonne (91), l'association a plusieurs projets en cours dans d'autres départements de la région parisienne.

Actuellement, l'association comprend les structures suivantes :

- 4 CAT,
- 1 foyer d'hébergement pour les personnes travaillant en CAT,
- 3 foyers de vie fonctionnant de jour comme de nuit pour les personnes à autonomie plus réduite,
- 1 foyer de vie pour les personnes handicapées mentales vieillissantes, conçu pour répondre à leurs besoins spécifiques,
- 4 Centres d'Initiation au Travail et aux Loisirs,
- 3 services de suite et d'accompagnement, qui assurent le soutien des personnes vivant seules ou à trois en appartements intégrés dans l'habitat de la région.

Et le service dont j'assume la fonction de chef de service.

Soit un total de 16 établissements ou services, pour une capacité totale d'accueil de 500 personnes handicapées mentales, vivant en totale mixité.

La large palette de services offerts au sein d'une même association permet de suivre l'évolution des usagers. Beaucoup d'entre eux, ayant gagné en autonomie, sont progressivement passé du foyer d'hébergement au foyer intégré, ou en appartement personnel, ou encore ont

trouvé un travail en milieu ordinaire. D'autres, en sens inverse, sont passés du CAT et du foyer d'hébergement au foyer de vie, puis au foyer pour les personnes vieillissantes.

D'origine confessionnelle, l'association - rattachée à la Fédération Protestante de France - a un fonctionnement laïc, qu'elle formule de la manière suivante³ :

- ◆ *Une conception dynamique et globale de la personne,*
- ◆ *Une attention à la personne, à ses potentialités,*
- ◆ *Un accueil à très long terme, dans l'optique de :*
 - Favoriser l'aspect relationnel,
 - Favoriser l'intégration,
 - Stimuler la santé et la croissance des individus.

1.1.3. L'organisation de l'association

L'association est composée actuellement d'environ 200 membres. L'assemblée générale, qui élit les membres du Conseil d'Administration (au nombre de sept), se prononce sur les orientations soumises par ce dernier. C'est le Conseil d'Administration qui, dans le cadre d'orientations générales, définit les actions à mener, délibère sur les moyens proposés et en contrôle l'exécution.

Le conseil d'administration nomme le directeur général, et les directeurs des différentes structures. Une large délégation des pouvoirs est faite aux directeurs, basée sur un contrat de confiance et une reconnaissance de compétences. Ces délégations comprennent : la gestion financière, la gestion du personnel, les relations avec l'environnement socio-économique et la gestion des projets.

Un comité de direction générale, composé du directeur général et de deux autres directeurs, est chargé d'assurer la cohérence entre les décisions prises dans les établissements ou services de l'association. Il se réunit une fois par semaine et reçoit, au minimum une fois l'an, chaque directeur d'établissement. Chaque membre de ce comité est, de plus, chargé d'une fonction transversale : projets, ressources humaines et recherche de financement.

Jusqu'à récemment, les membres de ce comité de direction générale assuraient en même temps la direction d'un établissement. Depuis 1999, le directeur général n'exerce plus de responsabilité directe sur un établissement pour mieux se consacrer à ses fonctions de prospective et de cohérence générale de l'association.

³ Extrait du document de présentation des Amis de l'Atelier, 1997.

Une réunion mensuelle de l'ensemble des directeurs est organisée et, depuis le 1^{er} semestre 1999, une réunion mensuelle par type d'établissement ou service.

Pour le recrutement des personnels, les besoins sont centralisés et traités au niveau du service des ressources humaines. Le rythme de croissance actuel de l'association la conduit à un recrutement de personnel important, et au développement d'une politique de formations qualifiantes. En 1998, 34 % du personnel éducatif était en cours de formation. Sur un collège de 12 directeurs d'établissements et services, 6 sont CAFDESIENS et 4 sont en cours de formation CAFDES. C'est, en tant que chef de service, que j'effectue ma formation CAFDES.

Une cohérence est recherchée tout en préservant une large part d'autonomie pour chacun. Des services communs sont organisés comme la paie de l'ensemble des salariés et des travailleurs handicapés ainsi que la gestion de la trésorerie.

Grâce à ses nombreuses réalisations, l'association « Les Amis de l'Atelier » gagne en notoriété et va être contactée par des membres de l'UNAFAM, en juin 1998, pour réfléchir sur les types d'actions à mener en faveur des malades mentaux stabilisés.

1.2. L'UNAFAM et son relais l'ARVM

1.2.1. L'UNAFAM

Sur le plan national, les familles touchées par la maladie mentale sont regroupées au sein de l'UNAFAM⁴, qui a comme rôle et missions :

- l'accueil et le soutien des familles ;
- la représentation officielle dans les institutions.

Dans chaque département, la délégation UNAFAM anime son action conformément aux directives du bureau national ; celle-ci organise la communication en prenant contact avec toutes les institutions publiques ou privées du département.

1.2.2. L'ARVM

Pour exister en tant qu'entité juridique permettant de concrétiser des projets et de conclure des accords avec des partenaires poursuivant les mêmes buts, la délégation départementale du Val de Marne a créé en novembre 1992 une association 1901 dénommée

⁴ UNAFAM : Union Nationale des Familles et Amis des malades mentaux.

A.R.V.M.⁵ Dans ses statuts, l'ARVM a pour objet la réalisation de logements et de services destinés à l'hébergement et à l'accompagnement social des personnes connaissant un handicap du fait de la maladie mentale.

1.2.3. L'estimation des besoins

En 1998, l'ARVM a réalisé une enquête auprès de 172 familles adhérentes de l'UNAFAM. Cette enquête, présentée dans le tableau n°1 « Santé mentale dans le Val de Marne : enquête auprès des familles de l'UNAFAM »⁶, permet de donner différentes informations :

Tableau n°1 : « Santé mentale dans le Val-de-Marne : enquête auprès des familles de l'UNAFAM ».

ENVOIS	172	REPONSES 90	soit 53,9%
PERSONNES CONCERNES	HOMMES FEMMES +de 30 ans	Sur 90 60 30 67	66% 33% 74,50%
MOYENS DES RESSOURCES	AAH AUTRES	Sur 62 43 19	73% 27%
HEBERGEMENT	PARENTS SEUL FOYER AUTRES	Sur 85 44 27 8 6	52% 32% 9,50% 7%
ACTIVITES	TRAVAIL CAT SANS EMPLOI AUTRES	Sur 86 7 5 63 11	8% 6% 73% 13%
SUIVI THERAPEUTIQUE	HOPITAL HOPITAL DE JOUR CMP/DISPENSAIRE LIBERAL	Sur 88 23 25 12 28	26% 28% 14% 32%
SITUATION FAMILIALE	CELIBATAIRE MARIE DIVORCE VEUF	Sur 91 81 5 4 1	90% 5,50% 4,40% 1,10%

⁵ ARVM : Accueil et Réinsertion dans le Val de Marne.

⁶ Publication ARVM/UNAFAM, Décembre 1998.

Selon le tableau n°1, le nombre des personnes concernées par la maladie mentale dans le Val-de-Marne est important, avec une prédominance masculine.

Il apparaît que 52% de ces personnes vivent encore chez les parents, souvent sans travail. Or la plupart de ces parents ont 70 ans ou plus, et souhaitent que leur proche handicapé puisse accéder à un logement individuel. Mais qui va l'aider, l'accompagner, compte tenu des incapacités causées par la maladie ?

De son côté, le schéma régional de la psychiatrie Ile-de-France met en relief le besoin de structures médico-sociales pour la prise en charge de malades mentaux stabilisés, notamment dans le Val-de-Marne. Il souligne la nécessaire complémentarité entre les secteurs sanitaire et social en précisant que : « La richesse de la thérapie psychiatrique repose sur le lien entre (ré)insertion sociale et soins »⁷.

En effet, 20 à 40 %⁸ des hospitalisés en psychiatrie le seraient indûment et relèveraient des structures d'accompagnement qui, aux soins, ajoutent les moyens d'un projet de vie. Ces malades mentaux stabilisés peuvent vivre en milieu ordinaire à condition :

- de continuer à être suivi médicalement ;
- d'être entouré socialement.

Par ailleurs, ils peuvent être reconnus handicapés ou invalides par la COTOREP, ce qui leur permet d'avoir des ressources et de bénéficier de certains dispositifs d'insertion.

En fait, pas plus que les autres catégories des personnes dépendantes, la vie des personnes reconnues handicapées ou invalides pour raisons psychiques n'a pas à être totalement gérée par le système de soins. Les familles seules ne peuvent tout assumer, et les parents ne sont pas éternels.

En dépit de leur amour et de leur bonne volonté, les familles sont souvent désarmées pour accompagner le processus de réinsertion de leurs enfants devenus adultes. Elles sont désarmées devant la complexité des soins, et manifestent une méconnaissance des procédures et des dispositifs d'insertion.

Face à cette réalité, les familles s'organisent et se tournent vers les professionnels du social pour créer et gérer des structures adaptées aux besoins de leurs enfants adultes.

L'ARVM va alors contacter l'association « Les Amis de l'Atelier ».

⁷ Carte sanitaire, Schéma régional et annexe de la psychiatrie en Ile-de-France, Arrêtés du 17 juin 1998, ARH d'Ile-de-France, 1998, p. 345.

⁸ ROUSSET C., L'articulation du sanitaire et du médico-social en psychiatrie, *Pluriels*

1.2.4. L'accord ARVM / « Les Amis de l'Atelier »

Compte tenu des difficultés des familles à gérer la vie quotidienne de leurs enfants, la nécessité de développer un pôle de soutien social adapté à ce type de public, dans le Val de Marne, est reconnue autant par les politiques que par les professionnels du social et du sanitaire.

Conscients de l'importance des problèmes à résoudre pour mener à leurs termes de tels projets, les membres de l'ARVM ont décidé de se rapprocher de l'association « Les Amis de l'Atelier ».

Un protocole d'accord a alors été signé entre ces deux partenaires, qui « ont convenu de conjuguer leurs efforts pour aboutir à la mise en place, dans le département du Val de Marne, de structures d'hébergement ; à la création d'équipements d'accueil de jour pour des activités occupationnelles et à la création de services d'accompagnement de personnes touchées par la maladie mentale ».⁹ Car, non seulement la vie des personnes reconnues handicapées pour raisons psychiques n'a pas à être totalement gérée par le système de soins, mais les familles ne peuvent tout assumer.

Pour garantir le suivi médical, et compte tenu du projet de la réforme de la loi n°75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, de la création des agences régionales hospitalières, de la redéfinition des missions de la psychiatrie et du contexte départemental, l'association « Les Amis de l'atelier » souhaite mettre en place un travail de proximité entre les structures de soins et les structures sociales : ces dernières apportant des réponses sociales aux hospitalisations, à condition que la personne soit médicalement suivie régulièrement.

Mais cette démarche, visant l'instauration d'une coordination de proximité avec le C.H.S. du secteur, formalisée par une convention ou un contrat, semble se heurter aux « cathédrales hospitalières »¹⁰. De ce fait, « les Amis de l'Atelier » devront convaincre pour atténuer certaines résistances internes, et parvenir à instaurer le partenariat souhaité avec le C.H.S..

1.3. La maladie mentale et les aspects sociaux

La maladie mentale se révèle fréquemment au moment de l'adolescence ou à l'âge adulte, mais les enfants peuvent aussi en être atteints. Elle frappe souvent des personnes ayant connu un développement normal ou apparemment tel et jouissant de facultés intellectuelles satisfaisantes,

⁹ Publication ARVM/UNAFAM, Décembre 1998.

¹⁰ SOUÏR A, *La politique de santé mentale en question*, Bordeaux, Les études hospitalières, 1995, p 6.

voire supérieures à la moyenne. Mais ces personnes présentent des troubles du jugement ou du comportement qui ne leur permettent pas de mener une existence normale ou d'acquérir un degré suffisant d'autonomie.

1.3.1. Les psychoses et les névroses

Il est classique de diviser les maladies mentales en deux groupes : les névroses et les psychoses¹¹, bien que certains pensent qu'il pourrait s'agir de simples degrés ou de symptômes différents d'une même maladie.

- Les névroses sont des affections de la personnalité dans lesquelles les problèmes affectifs prennent une importance majeure. Elles n'altèrent pas fondamentalement le contact avec la réalité. Les troubles du comportement qu'elles déterminent sont en général mineurs. Mais ils peuvent se traduire par des affections physiques dont il n'est jamais facile de dire si elles sont la cause ou l'effet des névroses.
- Les psychoses sont essentiellement caractérisées par la perte de contact avec le réel. Ses manifestations les plus spectaculaires sont le délire, les hallucinations et un comportement considéré comme « déviant ». Dans la plupart des cas, les personnes qui sont touchées par une psychose n'ont pas conscience de leur état.

Toute affirmation sur leur origine et leurs liens avec certaines conditions de la vie du malade peut être hasardeuse. Dès le début du 20^e siècle, on a découvert que la schizophrénie et la maladie maniaco-dépressive frappaient surtout certaines familles ; l'interprétation cependant restait difficile ; des chercheurs se penchèrent sur la question, mais il n'est toujours pas possible, à ce jour, de lier de façon absolue identité génétique et risque face à la maladie. Certains facteurs liés au milieu ou certaines interactions gènes / milieu semblent déclencher la maladie chez des sujets prédisposés.

Sans chercher à rentrer dans les détails symptomatiques, selon les diagnostics, la maladie mentale peut être : l'anxiété pathologique, la dépression, l'état maniaque, la bouffée délirante aiguë, la schizophrénie chronique ou encore le délire paranoïaque.

¹¹ Document ARVM / UNAFAM, *Les Maladies mentales aujourd'hui*, Décembre 1998.

1.3.2. La place de la maladie mentale dans la société

Les différents auteurs, tel Michel FOUCAULT¹² qui parle de la folie comme étant liée à « l'homme, à ses faiblesses, à ses rêves et à ses illusions », indiquent que la notion de maladie mentale apparaît progressivement à partir de l'âge classique. On peut observer toute une évolution historique autour de cette notion de maladie mentale, tout d'abord appelée folie, et autour de la prise en charge de cette maladie par la société.

Les distinctions entre fou, possédé, et idiot n'existent pas durant le Moyen-Age. Mais la peur, phénomène essentiel de cette époque, prépare l'enfermement qui devient le moyen de maintenir la paix et le contrôle social. Cet enfermement va consister en une séparation sociale, donc très visible et matérialisée, de tout ce qui met en péril un certain ordre.

Deux modes de traitement de la folie coexistent donc durant tout l'âge classique. « Il y aurait eu comme un halo de déraison qui entoure le sujet de droit ; il est cerné par la reconnaissance juridique de l'irresponsabilité et de l'incapacité, par le décret d'interdiction et la définition de la maladie. Il y aurait eu un autre halo de la déraison, celui qui entoure l'homme social, et que cernent à la fois la conscience du scandale et la pratique de l'internement ».¹³

A partir de cette période et progressivement, l'idée d'une anormalité pouvant s'éduquer, voire se guérir émerge. De la normalité / anormalité, on va se diriger vers la normalisation : les actions pour ramener au normal.

Ainsi, après la Déclaration des Droits de l'Homme de 1789, les Hôpitaux généraux deviennent les asiles où exercent les premiers médecins aliénistes.

Philippe PINEL (1745 – 1826) pendant la Révolution va tenter, en libérant les fous de Bicêtre de leurs chaînes, d'affirmer la curabilité de la folie, parmi ceux qui sont considérés comme incurables, les pensionnaires de l'Hôpital Général. Jean Etienne Dominique ESQUIROL reprendra les intentions de PINEL, tout en maintenant les partitions traditionnelles.

A la Libération, à la suite d'un petit groupe de psychiatres résistants, naît le courant de la psychothérapie institutionnelle, avec en particulier les Docteurs BONNAFE, TOSQUELLES (Hôpital de St-Alban), et DAUMEZON (Hôpital de Fleury les Aubrais). Les membres de ce courant cherchent à transformer les asiles en structures de soins où les relations sociales sont au cœur des soins. C'est à partir de ce courant que certains hôpitaux psychiatriques commencent à s'ouvrir vers l'extérieur. Dans le même temps, se fait jour la prise de conscience non seulement

¹² FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972.

¹³ FOUCAULT M., Op. cit. p 131.

de l'aliénation des malades mentaux, mais également de l'isolement asilaire du personnel de l'institution psychiatrique.

Par ailleurs, depuis 1952, le traitement des malades mentaux s'est trouvé radicalement modifié par l'introduction des neuroleptiques, qui ne sont pas seulement de simples calmants, mais possèdent une réelle activité antipsychotique, et apaisent l'agitation et la souffrance psychique, tout en favorisant la réorganisation de la personnalité et la réouverture au monde extérieur.¹⁴ Les neuroleptiques sont des médicaments très puissants qui ont une action sédatrice (par exemple : le nozinan, le tercian, l'haldol). Ils agissent sur l'agressivité, le délire ou les hallucinations, et sont prescrits dans les psychoses et dans les cas de troubles importants du comportement.

Ces différentes évolutions, tant idéologiques que théoriques et thérapeutiques aboutissent « à ce qu'il faut bien appeler une révolution psychiatrique : pour la prise en charge thérapeutique des malades mentaux, d'un concept *d'isolement - enfermement* dans des asiles éloignés des villes, on passe à un concept *d'ouverture - intégration* dans la cité ».¹⁵

C'est donc dans ce contexte d'évolution que paraît la circulaire du 15 Mars 1960, instituant la sectorisation psychiatrique, complétée par une circulaire du 16 Mars 1972, qui fonde toujours actuellement les pratiques de soins aux malades mentaux.

En fait, le traitement des maladies mentales varie selon les caractéristiques de chaque malade et suivant les écoles de psychiatrie. Dans tous les cas, les neuroleptiques ont fait l'objet de très grands progrès en quelques années.

Les équipes soignantes disposent également de ressources très variées : psychanalyse, psychothérapie, ergothérapie, art - thérapie, aide médico – sociale, réadaptation, etc.

L'hospitalisation est souvent nécessaire, mais la tendance est de la réduire au minimum et de poursuivre le traitement dans des structures d'accueil plus légères ou même dans le milieu de vie habituel du malade.

1.3.3. L'infirmité, le handicap, le désavantage social

Il convient de souligner que les dispositifs législatifs et sociaux concernant les malades mentaux et les handicapés s'éclairent mutuellement, se renforcent et nous donnent des indications sur la place faite dans notre société contemporaine pour les uns et les autres.

¹⁴ LESUR A., *La schizophrénie, la comprendre pour mieux vivre*, 1997, p 3.

¹⁵ MORDELET M., Le secteur, une idée nouvelle, 35 ans après, *Techniques Hospitalières*, n°600, Octobre 1995.

De plus, la partition introduite par la loi de 1975¹⁶ entre le sanitaire et le social, a eu, semble-t-il, le mérite de montrer l'intrication de ces deux termes qui fondent à la fois les soins et l'assistance aux malades mentaux.

En nous appuyant plus particulièrement sur les ouvrages de Claude HAMONET¹⁷, et de Serge EBERSOLD¹⁸, la distinction entre handicap et maladie mentale nous semble plus claire.

En fait, bien que le terme de handicap soit utilisé fréquemment, aucune définition de ce terme n'a été donnée dans les textes de loi parus depuis la guerre.

A partir de la deuxième moitié du 20^e siècle, maladies mentales et déficiences intellectuelles ne sont plus confondues, et font l'objet l'une et l'autre des interventions de spécialistes.

En effet, il semble que ce soit en 1957 (loi du 23 Novembre 1957) que le terme handicapé apparaisse pour la première fois pour remplacer ceux d'infirmes ou d'invalides, qui renvoient à une atteinte grave et incurable, à une altération définitive. Les différents textes de loi qui se succèdent à partir de la guerre, font progressivement passer du domaine de l'invalidité permanente (loi Cordonnier du 5 Août 1949, consacrée aux aveugles et aux grands infirmes) à celui de la rééducabilité possible (lois du 23 Novembre 1957 et du 31 Juillet 1963) ; enfin aux droits avec les lois du 13 Juillet 1971 et du 30 Juin 1975.

L'infirmité est mise en second plan, vite niée. « A travers la réadaptation, le traitement social de cette dernière (l'altérité), s'organise moins autour d'une démarche ségrégative reposant sur une logique d'affirmation de la différence, que d'un processus de normalisation s'appuyant sur une logique de négation de la différence ou, plus exactement, de l'irréductibilité de celle-ci »¹⁹.

Le problème important devient alors le risque de marginalisation et d'exclusion qui touche le handicapé, et l'objectif des techniques de réadaptation est alors d'assurer l'intégration ou la réintégration de ces populations. Ainsi, le handicap ne représente plus tant l'atteinte elle-même que ses répercussions sur la vie sociale.

Même si aucune définition du handicap n'a été précisée dans les textes de loi, Philippe WOOD, à la demande de l'O.M.S.²⁰, a proposé une classification internationale des handicaps, publiée en 1980, et qui sert aujourd'hui de référence²¹.

¹⁶ Loi du 30 Juin 1975 : Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

¹⁷ HAMONET C., *Les personnes handicapées*, Paris, Que sais-je, 1990, N°2556.

¹⁸ EBERSOLD S., *L'invention du handicap, La normalisation de l'infirmes*, Paris, Ed. C.T.N.E.R.H.I., 1992.

¹⁹ EBERSOLD S., Op. Cit., p25.

²⁰ O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé.

²¹ WOOD P., *La classification internationale des handicaps*, Paris, CTNERHI/INSERM/PUF, 1980.

La réforme de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, par l'intermédiaire du décret du 4 Novembre 1993, s'appuie sur cette classification.

En effet, ce décret établit un « guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées ». Il précise que « ce qui doit être mesuré ici, ce sont les incapacités dans la vie familiale, scolaire ou professionnelle, quel que soit le diagnostic médical qui conduit à cet état de fait ».

Dans sa classification des handicaps, dont le but est d'estimer les conséquences des maladies chroniques sur la vie sociale, Philippe Wood distingue plusieurs plans d'expériences sur lesquels se jouent les difficultés de santé :

Tableau n°2 : Les plans d'expérience de Philippe Wood²².

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

Ainsi, selon le tableau n° 2 ci-dessus :

- le premier plan d'expérience est celui des *maladies*, qui sont des altérations organiques ou fonctionnelles considérées dans leur évolution.
- le deuxième plan d'expérience est constitué par les *déficiences*, les altérations physiologiques, anatomiques ou mentales, qu'elles soient définitives ou provisoires. C'est le domaine des atteintes fonctionnelles, qui comprend également les atteintes psychologiques. Maladies et déficiences pourraient ainsi constituées un même plan d'expérience.
- Les *incapacités* forment le troisième plan : il s'agit là des limitations imposées par les déficiences, des pertes de capacités par rapport à ce qui peut être considéré comme normal d'effectuer dans la vie quotidienne. Elles peuvent

²² G. VIDON, J. DUBUIS, D. LEGUAY, M. HABIB, in *L'Information Psychiatrique*, Le mouvement de réhabilitation psychosociale, Une opportunité pour la psychiatrie française, Paris, Sanofi-Synthélabo, 1999, N°4, p 348 à 356.

affecter différentes possibilités, par exemple, entrer en communication, se déplacer, assurer ses soins corporels, etc.

- *Le handicap ou désavantage social* représente la conséquence, en terme de vie sociale, induite par les plans précédents. « Les normes de jugement du désavantage social reposent sur un certain nombre de rôles inéluctablement joués par l'individu, rôles que Philippe WOOD nomme rôles de survie »²³.

En fait, dans cette distinction de Wood, chacun de ces plans possède son propre registre d'expression et de recueil d'informations, s'avère autonome mais reste dépendant, en relation avec tous les autres et avec le milieu. Il est ainsi possible de distinguer ce qui relève de la maladie et de ses conséquences sur le plan individuel et social. Le découpage en plans d'expériences de Wood permet de bien séparer les incapacités qui relèvent du domaine des soins de réadaptation et les désavantages (véritables handicaps) qui renvoient aux rôles sociaux et à l'environnement, c'est-à-dire à la réinsertion sociale.

Par ailleurs, il est possible d'être confronté à un désavantage social sans être pour autant atteint d'une déficience ou d'une incapacité. Serge EBERSOLD cite ainsi en exemple les anciens malades mentaux ainsi que leurs proches.

Le passage sémantique de la notion d'infirmité à celle de handicap, et donc celle de désavantage social, tend à faire disparaître l'insuffisance, la défaillance, au profit de l'acquisition des signes qui accompagnent la normalité.

Ainsi, au sens professionnel du terme, nous dit Dominique FRAPPIER²⁴, enseignante et directrice adjointe d'ISIS-CREAI à Neuilly sur Marne, le mot handicap comporte trois sens :

- « Handicap au sens où nous parlons d'invalidité, c'est-à-dire de l'atteinte d'un organe ou d'une fonction, qu'elle soit stabilisée ou évolutive.
- Handicap au sens des rééducations qui concernent la personne et la personne en situation. L'approche du handicap concerne la réhabilitation d'un certain nombre de points faibles et l'aménagement de la situation. Ce handicap concerne les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne.
- Handicap au sens médico-sociologique, c'est la limitation au libre exercice des rôles sociaux désirés par l'intéressé ou attendus par son entourage ».

Ces propos se retrouvent plus ou moins dans l'analyse que propose Jean-René LOUBAT²⁵ sur la classification internationale des handicaps (du pathos au status).

²³ EBERSOLD S., 1992, Op. Cit., p 16.

²⁴ FRAPPIER D., Cours sur « La connaissance des populations », Paris, ETSUP, 2000, p 15.

²⁵ LOUBAT J.R., *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris, DUNOD, 1997, p 65.

« Nous ne sommes plus dans un système qui considère l'infirmité sous le biais où il manque d'intégrité (...). Il n'est plus ritualisé, ni même occulté, du moins ce n'est plus ce qui domine (...). C'est, par contre, la déclaration d'intégrabilité, de tous ceux que la naissance ou les circonstances ont placé dans la marge provisoirement ou très longuement. Mais de droit et en espérance, toute personne en difficulté à cause d'une déficience est considérée aujourd'hui comme intégrable »²⁶.

Cette ambition d'intégration a cependant des limites, par exemple, celles des sujets trop atteints ou dont la pathologie n'est même pas améliorable, ou celles de la société alentour qui s'avère incapable d'accueillir. Cette exigence d'intégration fait alors peser des contraintes très fortes sur ces populations (entre autres les malades mentaux chroniques) et sur les professionnels chargés de cette mission.

La notion de stabilité des malades mentaux va permettre alors d'envisager ou pas la vie dans la cité.

1.3.4. La stabilité et l'insertion sociale des malades mentaux

Depuis la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, la volonté d'intégration de ces populations a pris forme plus particulièrement dans la création d'établissements et services spécialisés, ayant pour objectif la rééducation, le soin ou la réadaptation des personnes reconnues handicapées par la COTOREP.²⁷

De leur côté, les malades mentaux sont soignés et accueillis dans les filières de soins psychiatriques, hôpitaux, centres de jour, etc. et peuvent avoir difficilement accès aux lieux de prise en charge des personnes reconnues handicapées mentales.

Dans de nombreux cas, les traitements débouchent sur une stabilisation de la maladie, limitant les symptômes jusqu'à atteindre un seuil rendant tolérable la présence du malade dans la société.

Ainsi, la personne stabilisée est en mesure de reprendre une occupation ordinaire, mais elle ne peut pas toujours vivre au même rythme qu'autrefois en raison des risques possibles de rechute.

²⁶ STICKER H.J., Catégories organisatrices des visions du handicap, In J.M. ALBY et P. SANROY, Handicap vécu, évalué. Grenoble, La pensée sauvage, 1987. P 175,176. Il nous semble que son analyse bien que s'intéressant plus spécifiquement aux corps infirmes, peut également s'appliquer aux malades mentaux.

²⁷ COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.

Par ailleurs, la question du choix entre le statut de malade mental et celui de handicapé se pose désormais au malade mental, car, en effet, le financement de l'insertion pour les malades passe bien souvent par l'attribution d'une A.A.H²⁸, qui est une prestation créée par la loi d'orientation n° 75-534 du 30 juin 1975 ; cette prestation est gérée par les organismes débiteurs de prestations familiales et est financée par le budget de l'Etat.

Cette possible passerelle entre les deux statuts, celui de handicapé et celui de malade mental semble donc nécessaire à l'insertion du malade mental.

En créant deux catégories différenciées, les malades mentaux et les handicapés, une ligne de ségrégation semble apparaître, qui passe en particulier par le lieu même de soins ou de prise en charge : établissements relevant d'une orientation par la COTOREP. pour les handicapés, ou bien dans des structures de soins psychiatriques pour les malades mentaux .

Relevant à la fois de la direction départementale du travail et de la direction des affaires sanitaires et sociales, la COTOREP décide des orientations professionnelles des travailleurs handicapés (1^e section) et de l'attribution des allocations (2^e section) . Le choix du mode de placement échappe ainsi totalement au département, ainsi que l'admission dans un établissement ou service, qui est le fait du directeur de la structure.

Issue en quelque sorte de la loi hospitalière du 31 décembre 1970, la loi n°75-535 du 30 juin 1975 consacre la séparation entre le sanitaire et le social, c'est-à-dire entre la maladie et le handicap, et introduit une notion nouvelle : le médico-social. Le cadre souple de coordination et de régulation qu'elle a prévu, a permis le développement d'une constellation importante d'institutions œuvrant dans le champ social (handicaps, vieillesse, enfants et adultes en difficulté).

Cette ligne de partage entre sanitaire et social est cependant remise en question par certains auteurs : « la disjonction maladie-handicap en psychiatrie est rarement pertinente : dans tous les services hospitaliers sont admises des personnes au statut de handicapés, et dans tous les établissements médico-sociaux, nombreux sont ceux qui ont besoin de soins »²⁹. La séparation du sanitaire et du social perturbe ainsi la continuité des prises en charge, notamment pour les malades mentaux stabilisés.

²⁸ A.A.H. : Allocation aux Adultes Handicapés.

²⁹ BONNET C., MUDWOLF L., Sanitaire et social, divorce à la française ? In *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, sous la direction de G. VIDON, Paris, Ed , Frison-Roche, 1995, p 156.

Comment, dès lors, articuler ces deux secteurs, s'interrogent les professionnels ?

Il s'agit de savoir comment conjuguer, au mieux, projets de vie et projets de soins ?

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, et les orientations de la réforme de la loi n°75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, insistent sur la nécessité de décloisonner le sanitaire et le médico-social ; de sorte que des hôpitaux pourraient gérer des établissements pour handicapés.

Pour ouvrir les personnes, dont le handicap résulte d'une affection psychique invalidante, à un renouveau de leur individualité, une démarche globale doit faire appel à une palette d'approches diversifiées et complémentaires, en tenant compte des divers registres de la maladie (déficience, incapacité, désavantage social).

Ce qui implique la possibilité, pour des établissements de santé, d'adhérer à une formule de coopération sociale et, inversement, pour un établissement social ou médico-social, de s'intégrer dans une coopération ou un réseau sanitaire.

Dans ce sens, la démarche de l'association « Les Amis de l'Atelier » vise à créer une coopération avec le C.H.S. Paul Guiraud dans un esprit de rationalisation des énergies et des moyens d'actions pour la prise en charge des malades mentaux stabilisés.

Cette prise en charge a un double objectif :

- compenser les déficiences de ces personnes par des actions éducatives ;
- favoriser leur épanouissement et leur développement dans une démarche d'autonomisation.

Selon la définition du mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale (M.A.I.S.) « l'autonomie est la capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne sans aide extérieure ; la possibilité de se débrouiller seul et d'être indépendant. Dans ce cas, l'aide à l'autonomie est tout ce qui peut être fait pour avancer dans cette direction, même si on sait que l'autonomie complète ne sera jamais atteinte ». ³⁰

L'accent est mis sur l'environnement, sur la société, ce qui inclut l'évolution des mentalités et les aspects relationnels des personnes handicapées.

Dans le secteur social et médico-social, l'autonomie se mesure aux possibilités pour une personne d'effectuer avec un minimum d'aide les activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et de pouvoir s'adapter à son environnement.

³⁰ M.A.I.S., L'accompagnement social...Regards éthiques, Synthèse des travaux de la commission éthique, 1989/1992, p.34.

« L'autonomie signifie aussi : capacité et droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir ». ³¹ Mais, l'expérience du travail social montre que l'autonomie peut aussi être la conscience d'avoir besoin d'aide, de savoir gérer ses dépendances et d'accepter les règles, les lois communes, d'assumer son ou ses handicaps et ses difficultés d'insertion sociale.

Ainsi, l'autonomie se trouve liée à la santé, à la notion de dépendance et ses degrés, à l'existence de déficiences, d'incapacité ou de handicap, aux possibilités physiques, psychiques et financières de l'individu et aux possibilités économiques de l'aide sociale.

S'il est vrai que le handicap peut conduire à l'exclusion, la question de l'insertion des malades mentaux stabilisés, reconnus handicapés, relève bel et bien d'une politique plus vaste de lutte contre les exclusions. A cet égard, la loi n°98-657 du 29 juillet 1998, dite « loi contre les exclusions », tend à favoriser l'accès effectif de tous à l'exercice de la citoyenneté, c'est-à-dire aux droits individuels et collectifs fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de l'éducation, de la formation, de la culture et de la vie familiale ; pour ce faire, elle rend possible la participation réelle et directe des usagers dans un certain nombre d'instances les concernant, et invite l'ensemble de la société à lutter contre l'exclusion ; en particulier dans son article 1, où elle fait de la lutte contre les exclusions un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation.

Les institutions sociales et médico-sociales doivent ainsi participer à la mise en œuvre des principes énoncés dans ce texte législatif.

Poursuivant sa mission d'accueil des personnes adultes handicapées, l'association « Les Amis de l'Atelier » va, en partenariat avec le CHS Paul Guiraud et sur demande de l'UNAFAM, créer un service d'accompagnement, qui servira à aider les malades mentaux stabilisés à reprendre pied dans la vie.

C'est ainsi que j'ai été embauché en tant que chef de service, le 1^{er} octobre 1999, pour mettre en place ce service d'accompagnement.

Conclusion de la partie 1

Les malades mentaux stabilisés, sortis de l'hôpital, ont besoin de retrouver leur place dans la société. Ils sont à la fois handicapés et malades, relevant de soins.

³¹ Définition choisie par la Commission Ministérielle de Terminologie du secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées, Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement, 1984, p. 5.

Après avoir évolué longtemps de façon cloisonnée, le secteur social et médico-social et le secteur sanitaire cherchent actuellement à créer des passerelles, l'un par le projet de la réforme de la loi n°75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, l'autre par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Grâce à la conjonction de ces deux réformes, une mise en réseau est possible entre structures sociales et médico-sociales et les structures sanitaires. Le service d'accompagnement, dont j'ai la charge en tant que chef de service, se situe dans ce contexte précis.

**PARTIE 2 : LA MISE EN ŒUVRE ET LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE :
CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE.**

Après l'hôpital, et grâce aux médicaments, il s'agit de restituer sa place au malade mental stabilisé ou de l'aider à retrouver son identité et l'existence sociale que de longues années de maladie ont pu lui faire perdre.

Ainsi, la déshospitalisation pose le problème de la réinsertion souvent difficile du malade mental stabilisé, qui reste vulnérable et dont la marche vers l'autonomie ne saurait être dissociée des soins biologiques et psychothérapeutiques.

Dans ce processus de réintégration sociale, la famille est concernée au premier chef. La pathologie du malade constitue toujours une lourde charge pour son entourage familial et la vie des proches s'en trouve désorganisée. Des interactions pathologiques se sont créées, souvent depuis l'enfance, et leur maintien contribue à la pérennisation ou à la reprise des troubles. Laissés à eux-mêmes, les parents se sentent impuissants, culpabilisés ; ils cherchent à agir, mais leurs interventions sont souvent intempestives, car trop inadaptées à la réalité pathologique du moment. Informés, conseillés, soutenus, ils peuvent au contraire se montrer de puissants agents de la réinsertion.

Aux personnes dont l'adaptation à un milieu de travail peut être tentée, il s'agit d'apporter : soutien social et psychologique, stimulation, réentraînement à l'effort, apprentissage dans des appartements thérapeutiques, des foyers d'hébergement, des établissements de réinsertion sociale et professionnelle, où elles peuvent restructurer leur personnalité et acquérir une véritable autonomie. C'est, en fait, tout le travail d'accompagnement que l'équipe éducative aura à assurer, selon l'esprit du projet conçu par le directeur du service d'accompagnement.

2.1. Le concept de projet

La définition du dictionnaire Le Petit Robert indique que le projet, c'est « ce que l'on se propose de faire ».

« Le concept de projet, du latin *projicere* signifie se projeter, se jeter en avant, ou encore de *prospicere* qui signifie regarder devant soi », écrit Patrick LEFEVRE³². Le projet est une représentation du futur, une schématisation d'objectifs et de plans d'actions.

³² LEFEVRE P., Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social, Paris, DUNOD, 1999, p ;147.

Comme tout projet d'établissement ou de service, celui du service d'accompagnement a plusieurs finalités, qui sont à la fois d'ordre :

- identitaire, en tant qu'il définit une institution et une image ;
- symbolique, car il accorde un sens à la mission et à l'action ;
- culturel, il entretient des valeurs communes, un sentiment d'appartenance ;
- existentiel, dans la mesure où il est générateur de vie et de dynamisme ;
- politique, parce que porteur de changement social ;
- stratégique, en ce sens qu'il permet un positionnement et un développement ;
- technique, par l'identification des compétences et des savoir-faire ;
- humain, car il renforce la motivation et les compétences ;
- contractuel, quand il permet des engagements réciproques ;
- médiateur, lorsqu'il assure une régulation et une interface.

« Se jeter en avant » : dès juin 1998, des pourparlers sont engagés entre « Les Amis de l'Atelier », l'ARVM/UNAFAM, la mairie de Chevilly-Larue, le conseil général du Val-de-Marne et le C.H.S. Paul Guiraud sur l'idée de création d'un service d'accompagnement pour malades mentaux stabilisés. En mars 1999, le conseil général confirme :

- la possibilité de créer le service d'accompagnement, qui pourrait commencer son activité en octobre de la même année ;
- l'accord sur son implantation sur la commune de Chevilly-Larue et son rayonnement sur les communes avoisinantes ;
- l'intérêt porté par le conseil général pour une collaboration avec les services psychiatriques dépendant de l'hôpital Paul Guiraud.

Ainsi, la notion de projet fait référence à une démarche à la fois collective et prospective, qui s'inscrit dans un effort de rationalité pour aboutir à un document écrit. Ce document doit faire apparaître, non seulement des finalités (valeurs), mais également les buts ou points que l'on veut atteindre, les objectifs (opérationnels) dans le sens des résultats souhaités (concrets, mesurables), les actions spécifiques, une évaluation étant toujours prévue au bout de la démarche.

Le pilotage du projet relève de l'association, en l'occurrence « Les Amis de l'Atelier », et par délégation, du directeur. Mais dès mon embauche, le directeur, qui est à 0.30 ETP, choisit de m'associer à la conduite de la mise en place du projet de service d'accompagnement, dont l'objet est d'éviter à des adultes handicapés capables d'une certaine autonomie, d'être placés dans des structures lourdes, en les accompagnant dans leur milieu de vie ordinaire (hébergement, travail, loisirs).

Dès lors, l'action de mise en place de ce service va être conduite en concertation entre le directeur et moi. En tant que chef de service, mon rôle consiste à rendre vivant le projet écrit, à le concrétiser ou le réaliser. Ce qui suppose, de ma part, un vrai travail d'appropriation du projet, facilité par mon expérience d'encadrement en prévention spécialisée. Il s'agit d'avancer étape par étape pour que ce service soit opérationnel.

2.2. La présentation du service d'accompagnement

Le service d'accompagnement a pour but de favoriser l'insertion dans la vie en milieu ordinaire des personnes ayant des difficultés d'adaptation. C'est le cas des malades mentaux stabilisés pour lesquels ce service va être créé. Ce service est un élément important dans la politique d'intégration et de développement de l'autonomie de ces personnes. Par conséquent, en ma qualité de chef de service, les actions que je mettrai en œuvre auront un double objectif :

- l'insertion sociale,
- l'insertion professionnelle.

Mais, avant d'en arriver là, que disent les textes sur l'accompagnement et le service d'accompagnement ?

2.2.1. La légitimité juridique et réglementaire du service d'accompagnement

La législation en faveur de l'emploi des personnes handicapées vise le placement en milieu ordinaire de travail et un suivi dans la logique d'un emploi stable. Ce suivi se fait au niveau de l'entreprise sans développer l'aspect social nécessaire à la pérennité de l'emploi.

Depuis quelques années, les associations en faveur des personnes handicapées mentales ont mis en place des dispositifs qui contribuent à une insertion réussie en milieu ordinaire. Afin d'aider ces personnes à construire un projet d'insertion adapté à leurs possibilités, il a été créé des services de suite, ayant en plus de l'aspect employabilité professionnelle, un objectif d'accompagnement social. C'est ainsi qu'on parle de « service d'accompagnement et d'aide à l'insertion sociale » ou de « service d'accompagnement à la vie sociale ».

Ce type de service n'a pas de référence explicite dans les textes législatifs et réglementaires.

Néanmoins, en parcourant les politiques sociales, il est possible de situer plus ou moins l'émergence et l'évolution de la notion d'accompagnement.

2.2.2. A propos de l'accompagnement social

En effet, dans l'ensemble, les politiques sociales sont marquées vers la fin des années 80 par l'idée d'inventer une mesure d'action sociale à caractère individuel, engageant l'ensemble des intervenants administratifs et sociaux, dans un partenariat en quelque sorte inséparable de l'attribution d'une allocation et de toutes les mesures d'insertion sociale ou professionnelle qui la conditionne : le dispositif imaginé par la loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988, relative au RMI et à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle, consacre le partenariat.

L'allocataire s'engage dans un contrat d'insertion (articles 11 à 18, et 42.4 et 42.5) auprès d'un instructeur, qui est la personne chargée « de coordonner la mise en œuvre des différents aspects sociaux, économiques, éducatifs et sanitaires de ce contrat »(article 12).

Sans doute pour la première fois, indique monsieur Dominique ECREMENT³³, la notion d'accompagnement apparaît dans un décret de 1989³⁴ qui pose dans son article 5 « ...que l'organisme agréé peut mettre en œuvre toutes mesures d'accompagnement en vue d'aider l'intéressé à retrouver ou à développer son autonomie de vie dans le cadre de conventions... ».

Ainsi, le terme « accompagnement » apparaît dans le cadre d'un dispositif d'aide et d'action sociale très bureaucratisé et centré exclusivement sur des personnes remplissant des conditions légales (âge, revenus).

Si en 1988-89, l'accompagnement n'est pas qualifié, ce sera chose faite en mai 1990 ; en effet, non seulement le terme « accompagnement » est dans la loi³⁵ (dite « BESSON »), mais celui-ci est qualifié comme « social », « ...sous la forme de mesures individuelles ou collectives ». Avec les risques notables de contrôle et de normalisation sociale, il y a ici le souci éthique de placer la personne au centre de toute action.

La loi quinquennale n° 93-1313 du 20 décembre 1993, relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle, indique dans article 20 « ... que afin de faciliter l'accès et le maintien de l'emploi..., les personnes qui rencontrent des difficultés particulières d'insertion professionnelle ont besoin d'un accompagnement social... ».

En 1993, faisant sienne la notion d'accompagnement comme fonction, le commissariat général au plan précise les différents rôles que recouvre le terme « accompagnement » : « un rôle de médiation entre la personne accompagnée et l'opérateur d'insertion; un rôle

³³ ECREMENT D., *Les métamorphoses de l'accompagnement : de la réussite du risque au risque de l'illusion...*, 14^e journées nationales du MAIS, Nevers, juin 2000.

³⁴ Décret n°89-73 du 3 février 1989, relatif aux conditions d'agrément des associations ou organismes à but non lucratif, auprès desquels les demandes d'allocation du RMI peuvent être déposées.

³⁵ Loi n°90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement, articles 4 et 5.

d'accompagnement de proximité ou de quotidienneté (tutorat en entreprise), un rôle d'accompagnement dans un projet et un itinéraire »³⁶.

La loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions représente actuellement le point d'orgue du mot « accompagnement ». Dans son article 1^{er}, cette loi invite l'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics, dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales, c'est-à-dire tous les acteurs institutionnels connus de l'aide et de l'action sociale, à « prendre les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé ».

Dans l'article 5 : « ...l'Etat prend en charge l'initiative d'actions d'accompagnement personnalisé et renforcé ayant pour objet l'accès à l'emploi des jeunes ».

2.2.3. A propos de l'autorisation

Dans le champ du social, la libre administration du département depuis 1982, le transfert de compétences en matière d'aide sociale à partir de 1984 ont fait du département la collectivité de base de l'action sociale et du travail social.

Le conseil général vote le budget dont une part importante est consacrée à l'aide sociale. Il arrête un schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans les conditions fixées par l'article 2-2 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, modifiées par l'article 35 de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991. Il élabore le règlement départemental d'aide sociale.

Les départements disposent ainsi d'une direction des actions sociales et de santé, qui exercent, sous des appellations variables, les compétences d'aide et d'action sociales transférées au département

Organe exécutif du département depuis la loi n° 82-213 du 2 mars 1982, article 25, le président du conseil général exerce d'importantes attributions en matière d'aide et d'action sociales :

- il autorise, en application de l'article 9 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, modifiée par l'article 6 de la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986, la création des établissements et services

³⁶ Commissariat général au plan, Rapport du groupe « Evolution du travail social », Documentation française, juillet 1993, p. 98.

sociaux de statut privé, fournissant des prestations que le département est susceptible de prendre en charge ;

- il dispose, selon l'article 11 de la même loi du 30 juin 1975, modifiée par l'article 8 de la même loi du 6 janvier 1986, du pouvoir d'habiliter les établissements et services, publics ou privés, à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

C'est donc le président du conseil général du Val de Marne, conformément à la programmation quinquennale pour la création d'établissements d'accueil pour personnes handicapées, qui accordera son habilitation au service d'accompagnement que je suis chargé de mettre en place.

Pour ce faire, il faut trouver l'espace nécessaire, c'est-à-dire une commune d'implantation et des locaux.

2.3 L'implantation géographique et l'environnement du service

En même temps que le projet du service d'accompagnement était présenté au conseil général, l'association « Les Amis de l'Atelier » a tenu à engager les négociations sur son implantation.

Le secteur géographique envisagé étant situé dans les communes de Villejuif, Thiais, Chevilly-Larue et Rungis, c'est la ville de Chevilly-Larue qui a accepté d'accueillir ce nouveau service, en prenant soin de déterminer les quartiers où son implantation serait adéquate.

Chevilly-Larue, commune du Val de Marne, est avec ses 16 341 habitants sur 422 hectares, une cité moyenne de la grande couronne parisienne. A dix kilomètres de Paris Notre-Dame et six kilomètres de la porte d'Italie, elle se situe entre Rungis et Fresnes au sud, l'Haÿ-les-Roses à l'ouest et au nord, Vitry-sur-Seine au nord-est et Thiais au sud-est. En outre, la pointe sud de Villejuif touche la pointe nord de Chevilly-Larue.

Chevilly-Larue est une ville résidentielle subdivisée en cinq quartiers : Larue, Centre, La Guinet, Sorbiers-Saussaie, Bretagne.

En 1990, 18,5 % de la population réside en habitat individuel, 81,5 % en immeuble collectif. Les nombreuses résidences de la ville sont la propriété des sociétés à statut HLM.

Outre des autoroutes, qui traversent la ville, Chevilly-Larue est proche du métro « Villejuif-Louis-Aragon » et bénéficie de nombreuses lignes de bus tel que le Trans Val-de-Marne (TVM).

Une fiscalité locale avantageuse contribue à l'implantation de nouvelles entreprises et commerces, la ville disposant d'importantes disponibilités foncières et immobilières. Plusieurs zones d'activités permettent l'accueil et le développement de ces entreprises.

Par ailleurs, un pôle local d'économie solidaire (association loi 1901) a été créé à Chevilly-Larue, visant à soutenir la création d'activités. Il associe tous les acteurs de la ville : les entreprises, les associations, les institutions publiques et chaque chevillais est désireux d'agir au développement économique de sa ville. Différentes possibilités sont offertes par le biais de l'épargne de proximité, d'un réseau de bénévoles, d'un réseau d'échanges réciproques de savoir, des comités de quartier.

Dans les quartiers retenus par la commune comme susceptibles d'abriter le service d'accompagnement, le directeur et moi avons commencé à rechercher des locaux adaptés au travail d'accompagnement à venir. Des questions se posent alors :

Faut-il louer ou acheter ? S'installer dans un pavillon ou dans un appartement ? La concertation entre le directeur général, le directeur et moi-même a permis d'envisager l'installation du service en deux temps :

1°- La location d'un appartement situé au rez-de-chaussée d'un immeuble;

2°- Avec la montée en charge et la consolidation du travail d'accompagnement, l'achat d'un petit pavillon.

A ce niveau du projet, le service ne disposant d'aucun moyen financier, c'est l'association « Les Amis de l'Atelier » qui prend en charge les dépenses engagées.

Ainsi, pour permettre l'accueil et l'accompagnement des usagers, le service fonctionne dans un appartement au rez-de-chaussée d'un immeuble du quartier Larue à Chevilly-Larue.

Suivant les instructions du directeur sur les investissements, j'ai transformé cette ancienne habitation trois pièces en bureaux, comprenant :

- une salle d'accueil ;
- deux bureaux.

Ayant réuni les moyens matériels (locaux , mobiliers et véhicule), ce sont les modalités de la prise en charge du public bénéficiaire du service que je vais organiser. Ces modalités passent par la connaissance de la population concernée.

2.4. Les caractéristiques de la population accueillie

Ce service a été créé pour des personnes adultes, aujourd'hui entre 18 et 39 ans, reconnues handicapées par la COTOREP, présentant une déficience qui les empêche

provisoirement de vivre de façon autonome ; ces personnes doivent avoir un projet de vie réalisable en milieu ordinaire, et suffisamment de capacités potentielles pour le mettre en œuvre.

Le projet présenté au département précise que la population concernée est celle des personnes en situation de souffrance psychique, dont l'état est stabilisé. Ces personnes sont capables de vivre hors de l'hôpital, mais ont des difficultés à mener une vie « normale », et ont besoin d'un soutien et d'une protection. Il s'agit des personnes vivant en appartement indépendant ou dans leur famille.

Compte tenu de la montée en charge progressive du service, il est prévu une capacité totale de 25 places, avec dans un premier temps une prise en charge de 15 personnes handicapées du 1^{er} octobre au 31 décembre 1999 pour un effectif de 25 places à la fin de l'année 2000.

Le service d'accompagnement compte 20 entrées effectives fin août 2000 : 5 femmes et 15 hommes, dont la moyenne d'âge est de 33 ans. Nous avons étudié favorablement les candidatures de l'UNAFAM et des structures liées au CHS Paul Guiraud.

La nature du handicap des personnes accueillies est d'ordre psychotique ou schizophrénique, avec un passé de séjour plus ou moins long à l'hôpital.

□ - La provenance des personnes accueillies :

Ces personnes sont, en majorité, apparentées aux membres de l'UNAFAM :

- 10 personnes ont un lien avec des membres de l'UNAFAM,
- 5 ont été présentées par l'hôpital Paul Guiraud,
- 3 par d'autres partenaires institutionnels,
- 2 sont venues se présenter de leur initiative personnelle après avoir entendu parler du service.

Actuellement, une des personnes travaille en milieu ouvert. Deux personnes sont en stage. Les deux devraient aboutir à un emploi en CAT ou en atelier protégé. Deux personnes ont effectué des stages courts en CITL et en CAT. Une personne commence un stage en septembre. Il est à noter que nous avons tenu à étudier favorablement les candidatures présentées, quand elles correspondaient au public tel qu'il a été défini par la DIPAS lors de l'agrément du projet de service d'accompagnement.

Du point de vue géographique, les bénéficiaires du service proviennent de communes suivantes : Chevilly-Larue, Fresnes, Villejuif, Vitry-sur-Seine, Ivry-sur-Seine, Thiais et Choisy-Le-Roi.

- - Le profil des personnes prises en charge à fin août 2000 :

Fin août 2000, le service prend en charge un total de 20 personnes.

Tableau n°3 : La répartition des personnes par tranches d'âge fin août 2000

Age	18/25	26/35	36/50	>50
Nombre de personnes	3	11	6	0
En pourcentage	15%	55 %	30%	

Tableau n°4 : La répartition des personnes prises en charge fin 1999 (15)

Age	18/25	26/35	36/50	>50
Nombre de personnes	0	11	4	0
En pourcentage		73,3%	26,6%	

Au regard des tableaux 3 et 4, il apparaît que les débuts du service s'effectue avec des personnes situées entre 26 / 35 ans et 36 / 50 ans, la première tranche étant majoritaire. En 2000, la tranche d'âge du milieu est stationnaire, tandis qu'arrivent des personnes de la tranche inférieure, et deux autres de la tranche 36 / 50 ans.

- Situation familiale et par rapport au logement :

Tableau n°5 : Le lieu de vie

Chez les parents	9
A l'hôtel	3
En appartement individuel	7
En milieu hospitalier	1

Selon le tableau n° 5, 45 % des personnes prises en charge par le service fin août 2000 vivent encore chez les parents, 35 % en appartement individuel, 15 % à l'hôtel et 5 % au CHS Paul Guiraud. Ces chiffres posent d'emblée la question du logement des personnes accueillies au service.

Plus globalement, le service assure l'accompagnement d'un couple, d'une personne mariée avec enfants et d'une personne séparée avec enfant ; les autres personnes sont célibataires.

□ La nationalité : en majorité française :

A ce jour, 18 soit 90% des personnes prises en charge sont de nationalité française. Deux ont la nationalité algérienne. Pour certaines, il a fallu rapidement se préoccuper du renouvellement de leurs cartes d'identité.

□ La reconnaissance de travailleur handicapé :

- 6 personnes sont reconnues en tant que travailleurs handicapés en catégorie B, soit 30%.
- 3 personnes sont reconnues en tant que travailleurs handicapés en catégorie C, soit 15 %.
- 11 personnes sont sans orientation professionnelle ou reconnues inaptes au travail avec un taux d'incapacité de 80%, sauf une personne qui est à 70%.

□ Le niveau scolaire :

Tableau n°6 : Le niveau scolaire des 20 personnes à fin août 2000

Illettrés	2	10%
Primaire(VI)	1	5%
Secondaire faible(V)	6	30%
Secondaire(V)	5	25%
Lycée(IV)	4	20%
Bac(III)	2	10%

Selon le tableau n° 6 montre, certes toutes ces personnes ont été à l'école, mais seulement 30 % ont été jusqu'au lycée ; la grande majorité a un niveau V et pourrait avoir besoin des apprentissages élémentaires dans les domaines de la lecture et de l'écriture pour favoriser leur autonomie.

□ Les ressources :

Tableau n° 7 : Les ressources des 20 personnes accueillies

AAH	19	95%
AAH + Aide à l'autonomie	6	30%
RMI	1	5%

Le tableau n° 7 montre clairement que l'essentiel des ressources de ces personnes est constitué par l'AAH, car elles sont sans emploi. Etant donné le montant de l'AAH, et pour éviter que les personnes se retrouvent en difficulté, l'accompagnement proposé peut, le cas échéant, porté sur la gestion du budget.

□ Le régime de protection :

Tableau n° 8 : La protection juridique

Sous tutelle	4	20%
Sous curatelle	4	20%
Tutelle sur prestations familiales	1	5%

Près de 50 % des personnes accompagnées sont juridiquement protégées. Pour chaque personne sous tutelle ou sous curatelle, l'équipe est en contact avec le tuteur ou curateur, relevant généralement de l'UDAF 94.

Cette analyse présente quelques problèmes, qui vont orienter l'action et le développement du service : la santé, le logement, l'emploi, les activités de jour. De sorte que le travail à mettre en place devra associer, outre les usagers eux-mêmes, les parents et tous les autres intervenants.

2.5. La procédure d'admission et les missions du service

Pour déclencher le processus d'admission au service d'accompagnement, j'ai successivement pris part à la réunion du conseil d'administration de l'ARVM et à son assemblée générale pour expliquer à l'ensemble de ses adhérents les modalités de mise en place et de fonctionnement du nouveau service d'accompagnement.

Par ailleurs, comme support de communication, j'ai élaboré une plaquette de présentation du service, que j'ai donnée ou envoyée aux différents partenaires, susceptibles de nous proposer de candidats. J'ai notamment été invité à la réunion des services sociaux (assistants sociaux et éducateurs) du centre hospitalier spécialisé Paul Guiraud de Villejuif pour présenter le nouveau service ; cette plaquette a utilement servi de support à ma communication.

◆ Le principe d'admission :

L'admission se fait sur la base du volontariat du candidat. Les modalités de l'accompagnement sont négociées en vue d'un projet personnalisé. Le projet initial peut être renégocié à des échéances prédéterminées.

La concrétisation de l'accompagnement se fait par la signature d'un contrat engageant les parties. Celui-ci est signé par le chef de service et l'accompagnant référent pour le service, le bénéficiaire et éventuellement son représentant légal.

◆ La procédure :

La personne intéressée doit faire une demande auprès du service. Après examen de la candidature et de son acceptation, elle présente une demande d'orientation de la COTOREP vers le service d'accompagnement, et une demande de prise en charge d'aide sociale auprès du centre communal d'action sociale, à la mairie.

Les admissions sont prononcées en tenant compte :

- des motivations du candidat ;
- de son degré d'autonomie ;
- de sa stabilité et de ses possibilités d'insertion dans la vie ordinaire.

◆ Les modalités d'action :

Les interventions se font de façon ponctuelle, adaptées aux besoins réels. Elles progressent par évaluations et réajustements réguliers.

Le service se veut médiateur entre le bénéficiaire du service et son environnement. Le but du service est d'amener la personne à se structurer pour atténuer ses difficultés, et lui permettre de concrétiser ses projets d'autonomie et d'insertion.

◆ Les missions :

L'objectif est de favoriser l'insertion sociale et / ou professionnelle en milieu ordinaire ; ce qui nous permet de distinguer l'accompagnement social de l'accompagnement professionnel :

➤ 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, sociaux et autres services extérieurs.

➤ L'accompagnement professionnel, lui, signifie :

- préparation du projet d'insertion professionnelle en lien avec les organismes compétents dans les domaines de la formation ;
- soutien des bénéficiaires du service pendant cette étape et une fois le travail trouvé par les organismes compétents ou par le service en collaboration avec ces derniers ;
- médiation avec le milieu professionnel et suivi social en entreprise pour adapter le nouveau salarié à son milieu de travail et réciproquement pour pérenniser l'emploi.

En vue de l'admission des personnes intéressées, un temps important a été consacré à la constitution des dossiers destinés à la COTOREP pour leur orientation vers le service. Ce travail, qui fait suite à l'entretien d'admission, a permis de rencontrer régulièrement les usagers, de les connaître davantage et d'établir une relation de confiance.

2.6. Les moyens humains et financiers du service

Selon monsieur Jean-Marie Peretti³⁷ : « Le management est avant tout l'art de combiner et d'optimiser l'emploi des facteurs de production dont les ressources humaines constituent une composante privilégiée...Ce qui rend l'entreprise efficace, c'est la qualité et le bon usage de ses ressources humaines...Parler de ressources humaines, c'est non pas considérer que les hommes sont des ressources, mais que les hommes ont des ressources ».

Mon ambition est de développer les ressources des professionnels placés sous mon autorité, et de les mobiliser dans le cadre du projet à réaliser.

2.6.1. Les choix humains : les moyens prévus en personnel.

Le service d'accompagnement de Chevilly-Larue est une structure de petite taille, dont le tableau des effectifs autorisés présente un total de 3.75 ETP, réparti de la manière suivante :

- Directeur 0.30 ETP
- Secrétaire comptable 0.30 ETP
- Chef de service 1.00 ETP
 - Animateur 1^{ère} catégorie 1.00 ETP
 - Animateur 2^{ème} catégorie 1.00 ETP
 - Psychologue 0.15 ETP

Dès l'ouverture, j'ai bénéficié du service d'un objecteur de conscience (éducateur spécialisé de formation) ; le 2 novembre 1999, une éducatrice spécialisée est embauchée au terme d'une période d'essai professionnel. Réformé, l'objecteur de conscience vient compléter l'équipe éducative.

Les dépenses en personnel représentent en moyenne près de 70% des dépenses totales dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les autres 30% sont constitués de charges peu compressibles. Pour nous rapprocher d'un prix de journée acceptable pour le département, nous avons cherché à diminuer en premier le personnel non éducatif. Ainsi, pour le personnel médical et paramédical, en l'occurrence le psychologue, son ETP prévu représente 6 heures par semaine.

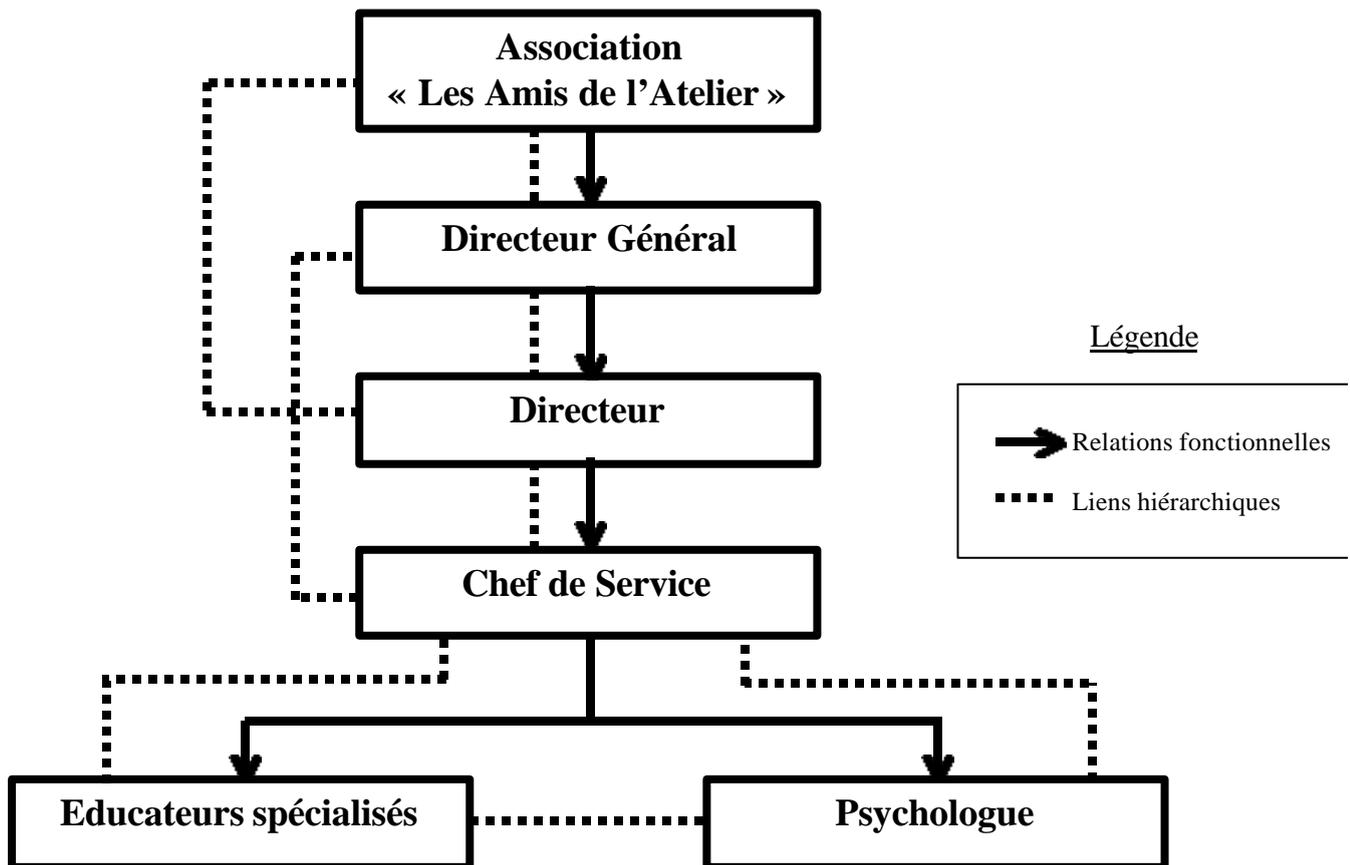
³⁷ PERETTI J.M., Ressources humaines et gestion du personnel, Paris, Vuibert, 1998, p. 26.

Nous avons cherché à préserver la part prédominante accordée à l'accompagnement : le personnel éducatif représente 75% des postes, et pour un service de qualité, nous avons réussi à embaucher deux éducateurs spécialisés, sans que cela ne nous coûte plus cher, car tous les deux étaient diplômés en Juin 1999, mais avaient une longue expérience dans le travail social.

Compte tenu de la montée en charge progressive de 15 usagers fin 1999 à 25 fin 2000, le taux d'encadrement passe de 0.25 à 0.15. Pour compenser cette baisse, il est prévu l'embauche d'un emploi-jeune, qui s'occuperait plus particulièrement de l'organisation des loisirs.

- **Organigramme du Service d'Accompagnement :**

Hierarchie administrative et Relations fonctionnelles



Cet organigramme fait ressortir clairement les liens hiérarchiques au niveau du service d'accompagnement, et les personnels sous ma responsabilité. Toutefois, je tiens à préciser que le directeur n'est qu'à 0.30 ETP au sein de ce service, car il est également directeur dans deux autres structures de l'association.

2.6.2. Les modalités de financement.

Le service tire la totalité de ses ressources de la tarification individuelle des prestations sur la base d'un prix de journée. Pour ce service, la fixation des tarifs relève du président du conseil général ; il est, en effet, compétent à l'égard des établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale³⁸ : il s'agit des établissements de l'aide sociale à l'enfance, des foyers d'hébergement pour handicapés adultes, des établissements d'hébergement pour personnes âgées. L'admission de la prise en charge des frais de placement en service d'accompagnement fait toujours suite à la décision d'orientation de la COTOREP vers ce service. Les produits de la tarification vont ainsi dépendre du montant du prix de journée, du nombre des personnes prises en charge et du nombre des jours. D'où l'intérêt de négocier un prix de journée acceptable. Cette négociation nous a permis d'obtenir 173.42 Frs de prix de journée.

2.6.3. Le rôle du chef de service

L'exercice de ma fonction de chef de service s'effectue en relation étroite avec le directeur, qui a par ailleurs la responsabilité de deux autres structures de l'association, et me fait confiance dans la conduite du projet. C'est en travaillant en concertation régulière avec lui que je réalise progressivement la mise en place du service :

- le recrutement : les candidats sont d'abord reçus séparément par le chef de service et le directeur ; puis, une réunion de synthèse permet de décider du candidat à retenir.
- le partenariat local : selon le Petit Robert, le partenariat est « une association d'entreprises, d'institutions en vue de mener une action commune » ; c'est ainsi que, dans un premier temps, le directeur s'est occupé de me présenter aux autorités du conseil général, de la mairie de Chevilly-Larue, aux responsables de l'UNAFAM et du C.H.S. Paul Guiraud ; dans un deuxième temps, à partir d'une plaquette de présentation du service, j'ai travaillé au développement de ce partenariat local, en rencontrant les responsables des différentes structures, en participant à différentes réunions, notamment celles des services d'accompagnement du département.

³⁸ Art. 45 de la loi du 22 juillet 1983.

- le budget : outre les dépenses courantes, le directeur m'a associé à l'élaboration du budget prévisionnel, et à la négociation budgétaire au conseil général.

Chargé de faire vivre le projet du service, j'anime et coordonne toute l'action de l'équipe éducative, dont je présente le résultat dans le rapport annuel.

2.6.4. La stratégie d'accompagnement de la mise en place du service et les outils de travail.

La gestion des ressources humaines regroupe, au sein d'une organisation telle qu'un service d'accompagnement, l'ensemble des opérations effectuées dans le but de constituer et de développer les compétences à produire un travail empreint de qualité, rigueur, et innovation.

Ma mission exige une bonne évaluation technique des personnels et une démarche stratégique appropriée pour la réalisation de ce projet.

Ainsi, la stratégie générale de mon action se base sur :

- Le savoir-faire acquis de l'ensemble des personnels (management des connaissances) : pour l'ensemble des éducateurs du nouveau service ainsi créé, il est nécessaire d'envisager des moyens pour favoriser l'adaptation et l'intégration de chacun. Cela a été possible par des temps de réunion et des actions de formation collective ou individuelle : intervention d'un psychiatre au service ou participation à un colloque ou une conférence sur la maladie mentale. Jean-Marie Peretti³⁹ définit la formation comme « un ensemble d'actions, de moyens, de méthodes et de supports planifiés à l'aide desquels les salariés sont incités à améliorer leurs connaissances, leurs comportements, leurs attitudes, leurs compétences nécessaires à la fois pour atteindre les objectifs de l'organisation et ceux qui leurs sont personnels, pour s'adapter à leur environnement et pour accomplir leurs tâches actuelles et futures ». Ainsi, les membres de l'équipe n'étant pas formés dans le domaine de la maladie mentale, des actions de formation dans ce domaine sont nécessaires. Toutefois, l'ensemble des personnels étant éducateurs spécialisés, et ayant déjà travaillé dans le domaine de l'accompagnement social, l'adaptation au nouveau service fut rapide.

³⁹ PERETTI J.M., Op. Cit., p. 99.

- La communication et l'information : « La communication est l'art à la fois de comprendre et de se faire comprendre », écrit monsieur Jean-Marie Peretti⁴⁰. Il ajoute : « La communication est un processus reposant sur des interactions individuelles à l'intérieur desquelles il y a transmission d'un message et d'une réponse de la part d'une personne face à une autre ou d'une personne face à un groupe particulier de personnes ». De plus en plus, dans le management de ressources humaines, la communication interne prend de l'ampleur avec ses deux dimensions, individuelle et collective, profondément imbriquées et interactives. Par ailleurs, il est unanimement reconnu que la diffusion de l'information accroît la capacité individuelle à agir et favorise l'intégration et le dynamisme de l'ensemble. Il s'agit, pour moi, d'expliquer aux éducateurs le sens de ma démarche et du nouveau projet, de chercher à les impliquer, les faire adhérer et participer à la réalisation du projet. Pour ce faire, les éducateurs ont leur temps de travail réparti en différentes séquences de temps et d'actions déterminées, mais j'ai planifié un temps de réunion hebdomadaire et de synthèse pour favoriser l'échange et la réflexion sur l'action éducative de l'équipe, l'expression directe des salariés. Car, pour le bon fonctionnement du service, il est bon que l'information soit descendante et ascendante. Tout document intéressant en rapport avec le travail du service est commenté en réunion et mis à la disposition de tous. J'ai également tenu à associer les éducateurs en les faisant participer à l'élaboration des différents outils de travail, les deux éducateurs constituant à eux deux un petit groupe de travail avec report au chef de service et au directeur (« Navette »). La participation est dépendante du maintien, voire du renforcement de la solidarité entre les membres du service, en parallèle avec leur cohésion vers les objectifs à atteindre. A partir de ma fonction, j'ai le souci de la collaboration nécessaire entre les éducateurs et les autres intervenants, et la charge de dynamiser l'équipe pour favoriser une adaptation permanente. Progressivement, avec le souci de recueillir les avis des différents membres de l'équipe éducative, j'ai conduit l'équipe à se doter de certains outils de travail, pour assurer dans des bonnes conditions l'accompagnement des personnes prises en charge par le service d'accompagnement. Les outils les plus significatifs peuvent être regroupés en 4 catégories :

⁴⁰ PERETTI J.M., Op. Cit., p. 203.

□ Outil établissant et favorisant le travail d'accompagnement social :

- Le contrat d'accompagnement (Voir annexes) : le contrat est un « accord de volonté destiné à produire un effet de droit quelconque qui fait naître une ou plusieurs obligations réciproques ou bien crée ou transfère un droit réel »⁴¹. C'est un acte par lequel deux ou plusieurs personnes s'engagent par libre consentement à accepter des obligations réciproques, à faire ou ne pas faire quelque chose. Il peut être verbal ou écrit. Durant les quatre premiers mois du service, ce contrat avec les usagers est verbal : je prononce l'admission sur la base du projet du candidat et de sa faisabilité, en lui précisant, en présence de l'éducateur référent et des parents, que ce projet ne peut aboutir que s'il exécute sa part et l'équipe éducative aussi. Plus tard, et après en avoir discuté avec l'ensemble de l'équipe éducative, j'ai engagé une démarche contractuelle écrite avec les usagers, car la solennité apportée au moment de la signature de ce document permet à chacun de mesurer son degré et sa place dans l'engagement pris, et établit les relations sur des bases plus explicites au niveau des objectifs et des moyens. En termes de droit des usagers, comme dans la loi n° 88-1 088 du 1^{er} décembre 1988, relative au RMI et à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle, le contrat instaure une prise en compte toute particulière de l'utilisateur, qui devient concrètement acteur de sa prise en charge .

Le contrat permet, en effet, d'évaluer les capacités et les ressources de l'intéressé, clarifie les problèmes et les aspirations ; par sa formalisation, il tend vers un objectif clair et met en œuvre un plan de travail, déterminant l'objectif principal et les objectifs opérationnels. Dans un moment de crise, il aide à évaluer les résultats et à soutenir l'effort. En temps normal, une évaluation au bout de trois mois nous a paru nécessaire. La difficulté dans la mise en place de cette démarche est de convaincre l'utilisateur, qui manifeste parfois quelques réticences. Il est donc important de créer une relation de confiance, garantissant la réalisation du projet.

⁴¹ Lexique de termes juridiques, 8^e édition, Dalloz, p. 137 et 143.

□ Outils de communication et d'information :

- Le cahier de liaison : c'est le cahier où chaque membre de l'équipe donne des informations sur le déroulement de sa journée ou sur certains faits significatifs, concernant tel ou tel usager.
- Le cahier des comptes rendus des réunions : pour toutes les réunions, l'équipe éducative produit un compte rendu, car la parole s'envole et les écrits restent. Ce qui permet d'avoir une sorte de mémoire sur les différents sujets abordés en réunion.

□ Outils de gestion administrative des usagers :

- Le tableau de gestion des dossiers d'admission : c'est un tableau de bord que j'ai réalisé, me permettant de savoir où en était l'évolution administrative (à la COTOREP ou à l'Aide sociale) du dossier de chaque bénéficiaire du service.
- La fiche signalétique : les renseignements sur l'identité de chaque usager sont rassemblés dans ce document.

En définitive, la mise en œuvre de ce service a nécessité un plan d'action, qui peut se résumer ainsi :

1^e – Ma prise de fonction comme chef de service le 1^{er} octobre 1999.

2^e- De réunions de concertation avec le directeur, et visites de structures similaires au sein de l'association « Les Amis de l'Atelier », au cours du mois d'octobre.

3^e- Ma présentation par le directeur à l'UNAFAM, au C.H.S. Paul Guiraud, à la mairie de Chevilly-Larue et au conseil général.

4^e- La recherche des locaux à Chevilly-Larue par le directeur et moi-même.

5^e- Ma communication sur le nouveau projet auprès :

- des membres de l'UNAFAM ;
- des personnels sociaux du C.H.S. Paul Guiraud ;
- du CCAS de Chevilly-Larue et des autres partenaires institutionnels.

Outre les différentes réunions de travail, la plaquette de présentation du service sert de support à cette communication.

6°- L'aménagement des bureaux et l'admission des usagers :

Dans l'attente des locaux de Chevilly-Larue, je vais provisoirement occuper un bureau au siège de l'association à Châtenay-Malabry. C'est là que je commence les entretiens d'admission, en prenant toujours soin de rappeler que l'implantation du service est prévue à Chevilly-Larue.

7°- Le recrutement du personnel et l'organisation du travail d'accompagnement social :

Je participe activement au recrutement des membres de l'équipe éducative. Je mets en place un travail d'accompagnement basé sur la notion de référence : sans recouvrir un champ homogène quant aux fonctions et responsabilités qu'elle implique, la terminologie de référence fait appel à des notions psychosociales ; le *réfèrent* est celui auquel se réfèrent les usagers ou les collègues de travail. Ainsi, après admission, je désigne un éducateur référent pour chaque bénéficiaire du service, afin de l'aider dans la réalisation de son projet personnalisé, dans le strict respect de ses droits.

Le règlement intérieur du service est encore celui de l'association.

2.7. La personnalisation du service rendu

2.7.1. Partir de la personne

Dans son intervention portant sur la rénovation de la loi de 1975, M. Jacques Barrot, alors ministre des affaires sociales du gouvernement Juppé, proposait la démarche suivante⁴² : « Il faut partir de la personne et de ses demandes légitimes et en déduire un dispositif adapté pour répondre à ses divers besoins et ne pas procéder à l'inverse, c'est à dire définir à priori un dispositif d'offre, subdivisé en cases rigides dans lesquelles viendraient s'intégrer bon gré mal gré les personnes concernées ».

En effet, les usagers ont des besoins d'accompagnement spécifiques liés à leurs incapacités et à leurs troubles. Ces besoins spécifiques devront faire l'objet de beaucoup d'attention, car l'évolution de ces personnes dépendra de la manière dont nous y répondrons.

Mais, plus généralement, quels sont les besoins ordinaires des humains ?

Nécessité de survie, exigence ressentie, désir futile, le mot besoin recouvre des choses diverses. Les théories des besoins existantes gardent notre sens critique en éveil. Développées dans le cadre de l'industrie avec pour objet l'étude de la motivation au travail, ces théories nous permettent cependant d'énoncer les éléments indispensables et les aspirations de notre public.

⁴² Intervention devant le Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale du 3 octobre 1996.

Abraham H. Maslow⁴³ classe les besoins par étages successifs. Les besoins physiologiques doivent être satisfaits en premier : faim, soif, survie.

La diversité des besoins spécifiques est à l'image de l'hétérogénéité des situations du public accueilli. L'accompagnement proposé par le personnel éducatif doit prendre en compte des handicaps existants dans des domaines très divers, et pour chaque domaine à des degrés très variables. Selon la classification internationale des handicaps⁴⁴, les actes fondamentaux de l'individu comprennent la capacité de l'individu à :

- S'orienter dans son environnement et répondre aux stimuli qu'il en reçoit,
- Maintenir une existence indépendante d'une façon efficace, en rapport avec les besoins physiques immédiats du corps, y compris la nutrition et l'hygiène personnelle,
- Se mouvoir de façon efficace dans son environnement,
- Occuper son temps de façon normale, compte tenu de son sexe, de son âge, de sa culture, y compris la poursuite d'une occupation, ou d'avoir une activité physique telle que jeux et divertissement,
- Participer à, et maintenir des relations sociales,
- Avoir une activité socio-économique et maintenir son indépendance grâce au travail ou à l'exploitation de ses biens.

Les personnes accueillies dans le service manifesteront un handicap dans l'une ou l'autre de ces dimensions. Selon la personne et son histoire, l'accompagnement concernera un nombre plus ou moins important des aspects cités.

- Fils d'un membre de l'UNAFAM, Marc a 35 ans, a eu sa première crise de délires à 18 ans, et a été hospitalisé deux ou trois fois. Actuellement stabilisé et suivi médicalement, il souhaite trouver un emploi à mi-temps et plus tard un logement individuel ; sa première tentative en CAT a échoué. Après évaluation de sa situation, c'est un stage en CAT qui lui sera proposé (action opérationnelle).
- Fille d'un membre de l'UNAFAM, Florence est une jeune femme de 30 ans, qui a obtenu son bac D en 1990, et a été hospitalisée à la demande d'un tiers en CHS. Ayant perdu jusqu'à la capacité d'utiliser les transports en commun, son projet vise la participation à la vie sociale : cinéma, shopping, activités artistiques ou sportives, organisation de son quotidien. Dans son

⁴³ Abraham H. MASLOW in : Louis FEVRE, Le travail social Théories et pratiques, Lyon, Chronique sociale, 1993, pp. 19-20.

⁴⁴ Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, CTNERHI-INSERM, Evry, 1988.

cas, l'apprentissage de l'utilisation des transports en commun semble être l'action prioritaire, favorisant sa resocialisation.

2.7.2. Les projets personnalisés

Dans sa réflexion sur le recentrage actuel sur l'individu, monsieur Jean-René Loubat⁴⁵ écrit ceci : « *Nous ne sommes donc plus dans une société traditionnelle, où l'individu doit se plier à des règles auxquelles il n'a pas directement participé, et n'être reconnu qu'à la condition d'une intégration dans une communauté très prégnante et contraignante. L'individu vit désormais dans une société où sa place est évolutive, où une plus grande part est laissée à la promotion personnelle et à l'affirmation de soi... Cette évolution renvoie au fait que chaque individu étant particulier, il nécessite l'adaptation particulière d'une méthodologie régie par des règles plus générales. Le projet personnalisé est donc l'aménagement de la mission globale d'un établissement à chaque individu avec ses potentialités propres* ».

Il est alors important de s'interroger sur les capacités que possède l'individu à négocier ses interactions dans la vie quotidienne. Le professionnel devra adapter les dispositifs à la problématique de l'utilisateur, avec l'objectif de le transformer en gestionnaire ou acteur de sa vie.

L'accompagnement spécifique nécessaire sera formalisé par écrit dans le cadre d'un contrat d'accompagnement, définissant les objectifs spécifiques et les actions à mettre en place (document en annexe). L'équipe nouvellement constituée établira une grille qu'elle détaillera en fonction des besoins des personnes accueillies. Ainsi, dans cette démarche d'accompagnement personnalisé, l'accent est mis sur les points suivants⁴⁶ :

- L'acquisition : faire acquérir par le bénéficiaire du service toutes compétences et capacités qui peuvent favoriser son insertion dans la vie sociale.
- L'évaluation : se donner les moyens d'apprécier les besoins, les exigences de situations, les compétences, les dispositifs, les résultats, etc.
- Le tutorat : apporter un soutien relationnel et technique à la personne accueillie, au plus près de ses évolutions, besoins et aspirations, veiller à la mise en œuvre de son projet personnalisé et à sa réactualisation.

⁴⁵ LOUBAT J.R., 1997, Op. Cit., p123.

⁴⁶ LOUBAT J.R., 1997, Op. Cit., p 129.

- La guidance familiale : fournir à la famille du bénéficiaire un appui moral, psychologique et éducatif, propre à lui permettre de s'associer à l'action des professionnels, tant l'influence de l'environnement familial peut être déterminante dans l'évolution du projet.
- Le suivi : assurer une vigilance et une aide auprès du bénéficiaire après sa sortie du service, afin de faciliter son insertion.

Cette démarche de projet personnalisé est à rattacher à la notion de « référence ».

En effet, face à l'intérêt de personnaliser la prise en charge éducative et l'accompagnement social, la question est : qui va gérer ou coordonner le projet personnalisé de l'usager ?

Comme je l'ai précisé précédemment, dans l'organisation de l'accompagnement des usagers du service, j'ai fait le choix de confier à l'éducateur-référent la gestion des projets personnalisés. « Référent » voulant dire ici « coordinateur de projet » ; ce qui place le travail de l'éducateur non pas simplement à un niveau relationnel, mais davantage à un niveau technique et organisationnel.

Certes, en tant que chef de service, je suis bien positionné pour assurer la jonction. Mais, je possède un rôle hiérarchique qui limite mon implication dans la gestion du projet personnalisé. Car, mener un tel projet nécessite une implication plus grande dans les objectifs poursuivis, tant de la part des professionnels que des usagers eux-mêmes.

J'ai, par contre, choisi de confier cette tâche aux éducateurs, qui sont plus proches des usagers, et dans un souci de valorisation de leur savoir et leur savoir-faire acquis. Pour monsieur Jean-Marie Peretti⁴⁷, « La fonction est un ensemble de tâches correspondant à un rôle dans un système de travail...Un emploi est l'ensemble des fonctions qui sont confiées, en partage ou à titre exclusif à un salarié ».

L'éducateur est ainsi investi de lourdes responsabilités en tant que gestionnaire de l'environnement matériel et éducatif de l'usager. Il est l'interlocuteur privilégié de l'équipe éducative et des partenaires extérieurs. Il entretient un lien spécifique avec l'usager et est le porteur de l'histoire de la famille. Il est garant du projet personnalisé et à ce titre anime les synthèses, qu'il est chargé d'organiser avec les autres partenaires, par exemple ceux du CMP ou du CHS.

⁴⁷ PERETTI J.M., Op. Cit., p. 51.

Toutefois, pour favoriser la resocialisation de certains usagers et en réponse à leur demande, l'équipe éducative a mis en place deux activités collectives : le tennis (sur le cours de la commune de Chevilly-Larue) et l'atelier cuisine (dans les locaux du service).

2.7.3. La place des familles

L'article 3 du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989, remplaçant les annexes XXIV et suivantes du 9 mars 1956, précise : « La famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel, pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi et à son évaluation [...]. Les parents sont saisis de tout fait relevant de l'autorité parentale ».

Il convient de rappeler que ce service d'accompagnement a été créé parce que des familles, regroupées au sein de l'ARVM, en avaient exprimé le besoin.

De plus, il n'est pas possible de comprendre la problématique de l'handicap sans la replacer constamment dans sa dimension première, qui est justement la dimension du lien avec la famille.

La première dimension de ce lien familial relève du drame : nous ne pouvons pas enfermer les familles dans cette dimension dramatique, mais nous avons à la prendre en compte. Toutes ces familles ont été confrontées à la découverte de l'handicap, provoquant parfois un choc traumatique. Les traces de ce choc, nous allons les retrouver dans la négociation avec les familles en terme de stratégie (vis-à-vis du responsable ou de l'éducateur). Nous sommes ainsi dans la peur, la crainte, l'inquiétude, la culpabilité.

L'autre aspect à prendre en compte est la dimension de deuil , c'est à dire de perte, de séparation, car toutes ces familles ont le sentiment d'avoir perdu une part du projet, du destin rêvé, souhaité. C'est ici un destin teinté d'éléments négatifs. Pour pouvoir se projeter dans l'avenir, le passage par le deuil est nécessaire.

Les familles sont un élément capital de l'environnement social des bénéficiaires du service et doivent être acceptées comme telles et associées au travail de l'équipe éducative. Il s'agira notamment de :

- Les consulter pour recueillir des informations ou se faire préciser certains points de l'histoire de leur enfant ;

- Les informer sur les orientations d'insertion sociale et professionnelle définies ;
- Leur apporter un soutien moral .

Toutefois, la personnalisation s'impose dans la relation mise en place avec les familles.

D'une part, il n'y a pas de famille type, chacune ayant sa façon de vivre, son histoire, sa culture.

D'autre part, il y a la famille nucléaire et la famille élargie. Certaines personnes gardent un lien de dépendance très marquée, d'autres montrent une volonté forte d'émancipation.

Le directeur et son équipe joue un rôle de tiers social dans les rapports entre l'utilisateur et son environnement familial, qui peut aider à réguler des relations trop conflictuelles ou à l'opposé trop distancées, dans le but de favoriser l'insertion recherchée.

C'est principalement lors des rencontres autour du projet personnalisé que s'effectuera la communication entre familles et service.

Notre service est rendu à la personne handicapée, malade mentale stabilisée. Cependant, pour l'évolution de la personne accompagnée, il nous faut prendre en compte l'historique familial et toute la problématique qui a pu s'installer autour du handicap et la nature de la demande.

Le maintien du lien familial est nécessaire et pris en compte, tout en sachant que la personne prise en charge est un adulte qui doit pouvoir prendre sa place en tant que sujet dans son projet de vie, et acteur potentiel du changement de son cadre de vie. Il n'est donc pas nécessaire d'agir en se mettant en situation de rivalité, mais de réfléchir avec les parents dans l'intérêt de l'utilisateur.

Ainsi, lors de l'entretien d'admission, auquel les parents peuvent librement participer, je fais en sorte de permettre au candidat de s'exprimer. Si cela ne semble pas possible en présence des parents, je le reçois en entretien individuel afin qu'il s'exprime plus librement. La suite du travail d'accompagnement se fera essentiellement par l'éducateur référent autour des rencontres avec l'utilisateur en visite à domicile, dans les locaux du service ou dans le cadre des activités collectives ou d'autres démarches.

Ma préoccupation première de chef de service est la prise en charge de l'utilisateur, dans le cadre des objectifs du service et non pas en tant qu'objet ou sujet passif, ne s'exprimant qu'au travers de la parole de ceux qui l'entourent. Si quelquefois les logiques s'opposent, mon rôle est

de recentrer toujours la parole sur l'utilisateur et de le laisser s'exprimer en tant que sujet de droit, pouvant assumer ses choix.

Conclusion de la partie 2

Pour mettre en œuvre le projet du service d'accompagnement, il a fallu réunir et organiser des moyens matériels, humains et financiers.

C'est en concertation avec le directeur que je participe à la recherche et à l'installation des locaux du service, aux choix des personnels et à l'organisation du fonctionnement du service. Je procède aux admissions des usagers, et l'équipe éducative effectue un travail d'accompagnement, dont l'objectif est l'insertion en milieu ordinaire des personnes prises en charge. Sur la base d'un contrat d'accompagnement, l'éducateur référent est chargé de coordonner des projets personnalisés, dont l'aboutissement dépend des réponses apportées aux divers problèmes auxquels se trouve confrontée la personne accompagnée. Comme prévu, l'objectif de 15 usagers est atteint à la fin de l'année 1999.

J'ai organisé le travail d'accompagnement social de l'équipe éducative sur un mode participatif, dans le respect des droits des usagers (contrat d'accompagnement, projet personnalisé, règlement intérieur), et de ceux des familles.

Mais, au-delà des familles, d'autres partenaires sont nécessaires pour permettre la réalisation du projet personnalisé de l'utilisateur. Ainsi, outre ma fonction d'animation et de coordination du travail de l'équipe éducative, je participe à la mise en œuvre du système partenarial du service, susceptible de favoriser la résolution des problèmes vécus par les usagers.

PARTIE 3: LE DEVELOPPEMENT DU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT

Le service ainsi créé va prendre sa place dans un dispositif social beaucoup plus vaste que ses simples murs. Ayant à remplir une mission de service public, le service d'accompagnement se doit de considérer son action au regard des besoins en présence et des partenaires institutionnels environnant.

En effet, le service d'accompagnement de Chevilly-Larue est un projet associatif dans un dispositif où tentent de s'articuler la demande des usagers et la commande passée par les pouvoirs publics à un équipement associatif professionnalisé, en l'occurrence « Les Amis de l'Atelier ».

Ce service, correspondant au type d'établissement figurant au paragraphe 5 de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, a pour mission d'assurer l'accompagnement des personnes adultes, reconnues handicapées par la COTOREP , et présentant des incapacités qui les empêchent provisoirement de vivre de façon autonome .

Plutôt que de nous contenter d'un accompagnement social basé sur les leviers classiques de l'insertion que sont le logement, la mise au travail et les soins, nous avons choisi de retenir comme hypothèse l'aspect généraliste de l'accompagnement, la nécessité d'un certain opportunisme pour utiliser le levier adéquat au bon moment, et la dimension transversale de l'accompagnement.

En effet, le travail d'insertion sociale et professionnelle recouvre tellement de domaines et d'intervenants différents qu'il est impossible de conduire un projet cohérent sans faire appel à d'autres partenaires. Car, pour qu'une insertion soit durable, tous les aspects de celle-ci doivent être pris en compte : travail, logement, formation, santé, lien social. Les difficultés vécues par les usagers ne concernent que rarement un point particulier. Nous sommes souvent devant un cumul des difficultés d'origine différente.

De sorte que l'analyse de la demande doit permettre un calendrier de l'intervention, en rendant possible une réponse rapide et provisoire aux problèmes urgents, notamment d'hébergement, puis la création d'un cadre qui permette de trouver des solutions à court et à moyen termes.

Il est donc évident qu'il nous est impossible, devant la diversité des problématiques rencontrées, de répondre avec nos seuls moyens aux besoins des personnes prises en charge.

Les moyens de compensation à mettre en œuvre sont multiples et complexes, et souvent indépendants de l'individu lui-même et intégrés à l'environnement (lieu de travail, cité); leur prise en charge dépasse la dimension individuelle pour prendre une dimension collective.

Il nous faut résoudre le problème de compensation des incapacités afin de rendre la personne suffisamment autonome et lui donner la possibilité de jouir de ses droits de citoyen.

Cela ne semble possible qu'en organisant un travail en partenariat avec d'autres instances sociales, administratives, politiques économiques et sanitaires. Je me dois, en tant que chef de service, de tout mettre en œuvre pour que le travail du service trouve appui auprès de ces partenaires.

D'ailleurs, la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions, qui fait de cette lutte un « impératif national », précise : « Les entreprises, les organisations professionnelles ou interprofessionnelles, les organisations syndicales de salariés représentatives, les organismes de prévoyance, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations qui oeuvrent notamment dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, les citoyens ainsi que l'ensemble des acteurs de l'économie solidaire et de l'économie sociale concourent à la mise en œuvre de ces objectifs ».

3.1. Le partenariat développé par le service

Etant donné le nombre des partenaires à l'origine du projet de ce service, l'action éducative à mettre en place doit être conduite en collaboration avec les administrations, les services sociaux et sanitaires. Mener à bien un processus d'insertion de populations pour lesquelles les problématiques d'exclusion sont massives et variées impose de fait le recours à un travail en partenariat.

Les modifications induites par la décentralisation et l'apparition de nombreux dispositifs visant à l'insertion des personnes en difficulté obligent les professionnels de l'accompagnement à s'adapter et à travailler en lien avec d'autres intervenants. La mise en place de nouveaux dispositifs à laquelle s'est trouvé confronté le secteur social a plusieurs conséquences sur celui-ci :

- Des incidences sur les prises en charge : l'accompagnement personnalisé des personnes adultes handicapées doit aujourd'hui s'articuler avec une parfaite connaissance des différents dispositifs de formation, d'emploi, d'hébergement, de santé, etc.

- La confrontation avec les autres acteurs de l'insertion : aucun travailleur social n'a le monopole de l'intervention auprès des personnes en difficulté ; il doit s'adapter à d'autres professionnels, aux logiques et aux modes d'action différents.

3.1.1. Un partenariat institutionnel

Par le terme institutionnel, je fais référence à deux formes de partenariat : un partenariat que je qualifierai d'indispensable et qui doit s'instaurer avec les élus locaux municipaux et le conseil général, et un partenariat non moins indispensable qui découle de notre adhésion à certains dispositifs d'insertion et notre collaboration avec les autres structures sociales, médico-sociales et sanitaires.

Dans la chronologie du service d'accompagnement, les responsables de l'association « Les Amis de l'Atelier », notamment le directeur général et le directeur, ont établi des contacts avec le conseil général et la municipalité de Chevilly-Larue pour réfléchir sur l'opportunité de la faisabilité de ce projet. Dans la phase opérationnelle, où j'ai été chargé de mettre en œuvre ce projet, le directeur a tenu à me faire connaître auprès des instances municipales et départementales.

A la journée de la solidarité nationale (le 11 décembre 1999), le service a été présent par un stand dans les manifestations organisées par la municipalité de Chevilly-Larue. Peu après, les coordonnées de notre service étaient publiées dans le répertoire municipal des structures sociales et médico-sociales de la ville. Pour l'activité tennis que l'équipe éducative a mis en place, le service bénéficie d'un usage gratuit des cours de la commune. Nous participons régulièrement à différentes réunions de réflexion organisées par la municipalité de Chevilly-Larue.

De plus, les CCAS sont les partenaires habituels pour les démarches administratives liées à l'obtention de l'aide sociale : c'est eux qui établissent les dossiers des demandes d'admission au bénéfice de l'aide sociale et les transmettent au président du conseil général. Ils proposent également des prestations diverses et des services à domicile. Une bonne communication me paraît indispensable entre le service et les CCAS des communes proches pour une connaissance des besoins existants. J'ai ainsi envoyé la plaquette du service aux différents CCAS et rencontré leurs responsables. Ceux qui le pouvaient sont même venu visiter notre lieu d'implantation.

Concernant les relations avec le conseil général, je représente le service dans les différentes réunions des services d'accompagnement du département, supervisées par la DIPAS. La transparence budgétaire mise en place et l'évaluation menée fin 1999 ont grandement

crédibilisé notre service. Je le mesure aujourd'hui à l'accueil favorable réservé par le conseil général aux nouveaux projets que je présente dans les dernières pages de ce mémoire.

Instituée par l'article 14 de la loi n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, la COTOREP est l'instance de droit qui décide de l'orientation en fonction du degré de l' handicap. Il est donc important de lui faire connaître le projet et le potentiel du service. Dans cette optique, nos tentatives téléphoniques s'étant avérées infructueuses, je me suis personnellement rendu dans les locaux de la COTOREP à Créteil pour rencontrer ses responsables et leur présenter le service et les dossiers des candidats. Cela nous a permis d'établir un contact personnalisé et une collaboration avec, notamment la responsable adjointe de la COTOREP, facilitant ainsi l'étude des dossiers et les réorientations souhaitées par notre service.

3.1.2. Un partenariat fonctionnel

En complément du partenariat institutionnel, le service a développé des relations de partenariat que je nomme fonctionnelles, car elles ont comme finalité d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers. Ce partenariat, qui s'est mis en place progressivement, concerne tous les secteurs dans lesquels les besoins ou les problèmes des usagers nous amènent à intervenir.

Ainsi, nous avons établi des contacts avec l'agent chargé des personnes handicapées à l'ANPE, avec des CITL et des CAT des environs.

Le service a, en effet, besoin d'avoir la possibilité de répondre aux demandes de stage dont le but est de déterminer la bonne orientation pour ses bénéficiaires. Nous avons réussi à établir des liens concrets avec des CAT pour les usagers du service sous forme de stages courts, ou sous forme de visites régulières avec une participation en petit groupe à la production d'un CAT.

Ces contacts sont le plus souvent établis par les éducateurs dans le cadre de l'accompagnement des projets personnalisés. C'est ainsi que Marc, que je cite à la page 43 a pu commencer un stage au CAT de Fresnes. Aujourd'hui, il est question de son embauche dans ce CAT.

Dans une perspective d'insertion par le logement, j'ai rencontré les responsables de la SCIC-Villejuif, du Logement français et de l'Immobilière 3 F. Cette démarche a été effectuée en tandem avec un membre de l'ARVM / UNAFAM, ancien cadre d'organisme HLM, désireux de mettre à notre disposition ses contacts dans ce secteur précis. Avec ces organismes, notre accord

prévoit la location de logements aux personnes aptes à une certaine autonomie, et pour lesquelles un suivi régulier devra être assuré par notre service.

La nécessité d'une prise en charge globale des personnes nous a conduits à établir des relations avec d'autres établissements ou services pouvant aider à la résolution de leurs problèmes : UDAF, EPSR, organismes de formation...

Il ne s'agit pas pour autant, pour l'équipe, de se «décharger» d'un cas auprès d'une institution ou d'un service compétent dans un domaine précis ; il s'agit plutôt de collaborer avec nos compétences réciproques à la mise en œuvre d'un projet, tout en restant référent de celui-ci.

Il convient, particulièrement dans une logique de résolution de problèmes, de déterminer si l'on est la meilleure organisation pour répondre au besoin exprimé ou si d'autres intervenants sont mieux placés.

L'accompagnement social que nous pratiquons, dans le cadre de ce partenariat, va alors consister à :

- Ajuster demande et offre, dans la mesure du possible ;
- Faire en sorte que le meilleur levier pour la personne soit utilisé par le meilleur intervenant possible ;
- Articuler l'accompagnement et la résolution des problèmes ponctuels.

L'enjeu principal du travail avec d'autres partenaires, pour les usagers, est donc d'apporter les réponses les plus pertinentes et cohérentes possibles aux besoins de ceux-ci. Pour l'équipe éducative, l'enjeu est le même et repose sur le postulat que l'on ne peut tout savoir ni tout régler isolément.

Concernant la répartition du travail, la responsabilisation de l'équipe passe notamment par la délégation. A ce titre, je me suis davantage centré sur le partenariat institutionnel, dans le cadre de la représentation du service à l'extérieur, alors que l'équipe éducative a davantage développé le partenariat fonctionnel.

3.2. La coopération avec le CHS Paul Guiraud

Le public du service d'accompagnement étant composé des personnes malades mentales, il est indispensable d'avoir des liens de réciprocité avec l'hôpital psychiatrique du secteur. C'est ainsi que l'association « Les Amis de l'Atelier » va développer un partenariat renforcé avec le C.H.S. Paul Guiraud de Villejuif, conformément aux souhaits du conseil général. Je rappelle, du reste, que pour les personnes prises en charge au sein du service, le suivi médical régulier,

souvent assuré par les CMP, est une condition sine qua non de leur admission, et une garantie du travail accompli.

3.2.1. Le service 13 et la mission « Réhabilitation-Déchronicisation »

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, modifiée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, a instauré une planification élaborée à l'échelon régional qui s'appuie sur deux documents : la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire SROS).

La carte sanitaire détermine les limites des secteurs et la nature et l'importance de l'offre de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population par zone sanitaire, alors que le SROS détermine la répartition géographique des installations et activités de soins afin d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population.

Chaque département est découpé en un certain nombre de secteurs. « Le secteur psychiatrique constitue l'aire fonctionnelle de base du service public de psychiatrie. Il correspond à une zone géographique au sein de laquelle intervient une équipe pluridisciplinaire placée sous la responsabilité d'un psychiatre hospitalier. Chaque secteur relève d'un établissement de santé public ou privé participant au service public »⁴⁸.

Treize secteurs de psychiatrie générale sont gérés par le CHS Paul Guiraud, créé en 1884 : 6 pour le département du Val de Marne (94), 7 pour le département des Hauts de Seine (92) ; soit une population d'environ 1 000 000 d'habitants pour 26 communes.

Chaque secteur dispose d'un service d'hospitalisation et de structures différenciées à l'extérieur de l'hôpital. Ainsi, treize services d'hospitalisation accueillent des malades adultes des deux sexes. Une unité de malades difficiles (U.M.D), le service Henri Colin installé au sein de l'Etablissement reçoit des patients de plusieurs régions de France.

Chaque service comporte plusieurs unités de soins.

Dès l'origine du projet de création du service d'accompagnement, l'association « Les Amis de l'Atelier » a établi un contact avec le C.H.S. Paul Guiraud. Plusieurs réunions ont lieu, visant la définition des termes du partenariat à mettre en place. Je participe à ces réunions, à côté du directeur.

Dans le cadre de la création du service d'accompagnement, la collaboration de l'équipe éducative est effective essentiellement avec le service 13, qui a mis en place la mission « Réhabilitation- Déchronicisation ».

- La Mission « Réhabilitation – Déchronicisation ».

En partant du constat que près d'un tiers des patients hospitalisés à temps plein ne relève plus forcément de ce mode d'hospitalisation, et contraint de rechercher des solutions par manque de place dans les unités de soins, le corps soignant du secteur 13 a mis en place la mission « Réhabilitation – Déchronicisation ».

L'objectif de cette mission est :

De remettre dans le tissu social, les patients dont l'hospitalisation temps plein n'est plus une nécessité et qui ne peuvent pas dans l'immédiat bénéficier des structures extra-hospitalières déjà existantes dans le secteur.

Il s'agit d'inscrire ces patients stabilisés sur le plan psychiatrique dans un processus d'autonomisation qui constituerait une étape vers la réinsertion sociale et ainsi d'évaluer leurs capacités à vivre hors de l'institution psychiatrique.

La mission veut proposer à ces personnes des solutions diversifiées, adaptées, individualisées voire innovantes, en fonction de leurs souhaits et des besoins spécifiques de chacun.

Cette mission s'appuie au plan législatif sur :

- La circulaire du 14/03/1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale. Cette circulaire différencie chronicité et chronicisation, définissant l'une comme le fait de la maladie et l'autre comme le fait de l'institution, en soulignant que la chronicisation « n'est pas déterminée par la durée de prise en charge, mais par un abandon de tout projet et absence de perspective pour un patient ».
- Le SROS Ile de France 1998, qui constate que « trop de patients demeurent hospitalisés alors que la justification médicale a disparu. Ces patients chroniques doivent pouvoir être orientés vers des structures alternatives sanitaires ou médico-sociales ».
- Le décret de compétence du 15/03/1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, qui permet « de favoriser l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie familial et social ».

La conjonction entre les objectifs du service d'accompagnement et ceux de cette mission facilite la collaboration entre notre service et le service 13. Certains candidats, proposés par le service 13, sont pris en charge par notre service.

⁴⁸ Carte sanitaire, Schéma régional et annexe de la psychiatrie en Ile-de-France, arrêtés du 17 juin 1998, p.15.

3.2.2. La démarche de contractualisation du partenariat

Lors de la négociation du projet de création du service d'accompagnement, M. Christian FOURNIER, vice-président du conseil général chargé des personnes handicapées, a insisté sur « l'impérieuse nécessité d'élaborer un partenariat avec le secteur psychiatrique concerné, afin d'obtenir la meilleure réponse en cas de crise des personnes accueillies »⁴⁹.

L'ordonnance de 1996 (article L 711-2-1 nouveau du code de la santé) prévoit que les établissements de santé peuvent en cas de besoin créer des établissements médico-sociaux.

Pour ce faire, il faut :

- définir les articulations à créer entre les deux secteurs,
- mettre en place des unités de préparation des patients à leur passage dans le secteur médico-social.

Par ailleurs, en application des recommandations du SROS⁵⁰, les établissements gérant la psychiatrie dans le Val-de-Marne devront mettre en œuvre un certain nombre d'actions prioritaires, telle : mettre en place des structures médico-sociales pour les psychoses chroniques stabilisées, et articuler ces structures avec le secteur.

Ainsi, dans le cadre du partenariat avec le C.H.S. Paul Guiraud pour la réalisation d'un projet de service d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de souffrances psychiques, l'association « Les Amis de l'Atelier » a proposé de passer une convention avec le CHS, afin d'assurer dans les meilleures conditions, le suivi des malades mentaux stabilisés sortant d'une hospitalisation au centre hospitalier Paul Guiraud.

- La convention (Voir annexes) :

En droit, on ne peut définir la convention sans définir au préalable le contrat. D'après l'article 1101 du code civil, « le contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose ».

De cette définition, il résulte que :

- Le contrat (du latin *contrahere* : rassembler, conclure) apparaît comme une catégorie particulière de convention, qui a pour objet de créer une ou plusieurs obligations.

⁴⁹ Compte rendu de la réunion « Les Amis de l'Atelier » / DIPAS de juin 1998.

⁵⁰ Carte sanitaire, schéma régional et annexe de la psychiatrie en Ile de France, 1998, p 342.

- La convention (du latin convenire : venir ensemble, être d'accord) est plus largement tout accord de volontés destiné à créer (c'est le contrat), transmettre (par exemple une cession de créance), ou éteindre (par exemple une remise de dette) une ou plusieurs obligations.

Cette présentation est critiquée⁵¹ :

La distinction entre contrat et convention n'a pas une grande utilité puisque le régime de contrat s'étend à toutes les conventions ; aussi, les deux mots sont souvent employés comme synonymes.

L'article 1101 ne parle que des obligations, alors que les contrats ou conventions peuvent aussi avoir des effets sur les droits réels (par exemple la vente qui entraîne la transmission du droit de propriété).

Selon le dictionnaire Hachette Encyclopédique : « La convention est un accord, un pacte entre deux ou plusieurs personnes (physiques, morales). Exemple : une convention collective est un accord conclu entre des représentants des salariés et des représentants des employeurs pour régler les conditions de travail.

Si l'une des parties à la convention refuse d'exécuter ses obligations, l'autre partie peut aussi refuser d'exécuter la sienne.

Mais, dans la stratégie de coopération et de fonctionnement en partenariat entre « Les Amis de l'Atelier » et le C.H.S. Paul Guiraud, la volonté d'un engagement réciproque est telle que les deux acteurs stratégiques vont s'accorder pour signer une convention de partenariat.

Certes, au départ ce projet va susciter quelques réticences:

- Peur d'un groupe expérimenté dans le médico-social ;
- La concurrence à un service du C.H.S., porteur d'un projet de création d'un service d'accompagnement non réalisé, et qui pensait que ce rapprochement lui ferait perdre quelques moyens.

Mais, ce que proposent « Les Amis de l'Atelier » correspond à ce que recherche le service 13. C'est ainsi qu'en tant que chef de service, il a été possible d'instaurer une coopération de mise en commun des ressources d'expertise, notamment avec le service 13. Pour ce service, l'intérêt est double :

- ◆ Il est possible de travailler davantage avec d'autres partenaires, d'utiliser des compétences pluridisciplinaires extérieures, et d'éviter la surcharge ;

⁵¹ TERRE F., FENOUILLET D., *Les personnes, la famille, les incapacités*, Précis Dalloz Droit civil, 1999.

- ◆ Ce partenariat constitue, pour le patient, le moyen de sortir du médical et de s'ouvrir à autre chose ; le soignant n'est plus tout puissant.

Pour parvenir à la signature de cette convention le 27 avril 2000, « Les Amis de l'Atelier » vont procéder :

- Par des échanges permanents par courriers ou en réunion ;
- Par des visites des réalisations déjà existantes au sein des « Amis de l'Atelier » ;
- Par des témoignages des personnalités connues, des autorités ayant déjà travaillé avec « Les Amis de l'Atelier », et des parents, représentant l'UNAFAM au sein du conseil d'administration du C.H.S. Paul Guiraud.

De plus, le travail réalisé sur le terrain avec le service 13 crédibilise le service d'accompagnement et, par conséquent « Les Amis de l'Atelier ».

En application des termes de cette convention, le C.H.S. Paul Guiraud est étroitement associé au suivi des personnes relevant des secteurs qu'il dessert, accueillies par le service d'accompagnement. En fait, le C.H.S. choisit ici de laisser « Les Amis de l'Atelier » créer et gérer le service, tout en lui garantissant son soutien.

3.3. L'émergence de nouveaux projets

Le fonctionnement du service d'accompagnement a mis en relief la nécessité de promouvoir à l'attention des malades mentaux stabilisés un lieu d'hébergement et une structure d'accueil et de rencontre ouverte le jour.

C'est, en s'appuyant sur ses partenaires stratégiques que sont le C.H.S. et l'UNAFAM, que l'association « Les Amis de l'Atelier » projette la création d'une résidence sociale durable de type pension de famille, et d'un club ressources pour personnes en situation de handicap psychique. En effet, chaque acteur du réseau ainsi constitué étant porteur d'une légitimité (médicale ou associative), cela va provoquer un effet de synergie ou effet «1+1=3 ». De la combinaison de ces légitimités, le réseau pourra obtenir davantage et assurer le développement du service.

3.3.1. Le projet de création d'une résidence sociale durable de type pension de famille

Il s'agit d'offrir à des personnes dont la problématique personnelle rend difficile une insertion dans un logement indépendant, une solution de logement durable et adaptée, conciliant un environnement sécurisant, une atmosphère conviviale et une grande ouverture sur le quartier et sur la ville.

Les personnes sont reconnues handicapées et orientées vers l'établissement par la COTOREP. L'établissement a une capacité de 30 personnes et est situé à Chevilly-Larue. Les décisions d'admission ainsi que l'accueil sont de la responsabilité de l'association gestionnaire (« Les Amis de l'Atelier »), en relation étroite avec les partenaires locaux, particulièrement les représentants du centre hospitalier Paul Guiraud, et les services médicaux de secteur, qui continueront la prise en charge médicale.

Ce projet s'inscrit dans le cadre du décret du 23 décembre 1994 sur les résidences sociales. En l'état actuel, ce type d'établissement ne nécessite aucun passage devant le CROSS. Le financement de l'investissement : montage PLAI résidence sociale. Des subventions complémentaires sont assurées par le conseil général du Val-de-Marne et le conseil régional d'Ile-de-France. Le budget global d'investissement sera de l'ordre de 12 000 000 de francs.

Statut et participation financière des personnes accueillies : reconnues handicapées par la COTOREP, les personnes accueillies bénéficient d'un contrat de location et perçoivent l'APL. Elles prennent en charge directement les dépenses liées à l'hébergement (loyer et charges locatives), à la nourriture et à la vie quotidienne. Les loyers et l'APL financent le fonctionnement.

Le personnel chargé de la gestion quotidienne de la pension de famille est composée de deux personnes :

- L'hôtesse, de formation de type conseillère en économie sociale et familiale, est chargée de la gestion, l'organisation et l'animation de la structure. Elle fait le lien avec les équipes sociales et médicales de secteur.
- La maîtresse de maison est chargée de la propreté et de la sécurité. Elle aide à l'organisation pratique de la vie de la maison : courses, repas, activités de détente, de loisirs...

La durée de séjour est indéterminée, mais modulée selon la situation et la problématique de chaque personne accueillie.

Le projet social de la résidence essaie de concilier le droit à l'intimité de chacun et le besoin de protection et d'accompagnement.

Le logement est conçu comme privatif, mais il offre un environnement familial et convivial avec possibilité de se retrouver et prendre ses repas en commun, ainsi que de partager des temps de loisirs. La salle de séjour est réservée à cet effet. Dans cet espace collectif, l'hôtesse a pour tâche de favoriser le lien social, le soutien à la vie quotidienne, le développement de l'autonomie et l'organisation du temps libre.

En fonction des aptitudes de chacun, une participation aux tâches de la vie quotidienne est demandée. La préparation des repas peut se faire au choix, de manière tout à fait indépendante dans les studios (kitchenette), ou avec aide et conseil de la maîtresse de maison. Les courses quotidiennes sont faites par les locataires sur le marché ou dans les magasins du quartier : boulangerie, épicerie, boucherie, pharmacie...

Aucun accompagnement social spécifique n'est apporté par le dispositif résidence sociale durable ; toutefois, si sa situation le nécessite, le résident peut faire appel aux services de droit commun et notamment au service d'accompagnement de Chevilly-Larue, qui mettra en place un soutien approprié et renforcé dans le cadre du dispositif de maintien à domicile initié et financé par le conseil général du Val de Marne.

L'ouverture de cette pension de famille est prévue pour 2002.

3.3.2. Le projet de création d'un Club Ressources pour personnes en situation de handicap psychique

Ce projet, proposé sur la commune de Fresnes, correspond au besoin d'activités de jour pour les personnes prises en charge par le service d'accompagnement et/ou résidant dans la pension de famille.

Dans le cadre du club ressources, un espace est mis à la disposition des personnes en situation de handicap psychique, ne pouvant entrer dans un CAT ou dans un centre de jour. En effet, bon nombre de ces personnes ne peuvent adhérer à un projet institutionnel dans lequel il y a obligation de présence au quotidien. Toutefois, elles sont aptes à entrer dans un projet plus souple où leur présence est souhaitée mais non requise.

Ce type de projet, financé par le fonds social européen, développé aux USA et dans le nord de l'Europe, fait partie de la prise en charge des personnes atteintes de handicap mental ou de maladie mentale.

Il s'agit, au travers d'un projet de resocialisation, d'amener progressivement des personnes n'ayant aucune activité, à participer à des activités sociales en vue d'une intégration sociale et professionnelle (préparation des repas, tenue au quotidien d'un cahier de présence des

participants, élaboration d'un journal à l'attention du Club Ressources et des financeurs, job, coaching dans le cadre d'une recherche d'emploi).

Ce club ressources doit viser le développement personnel et professionnel des personnes. Sa pédagogie s'appuie sur une démarche communautaire favorisant la réadaptation, l'intégration et l'insertion des personnes.

C'est donc un lieu de resocialisation, d'échanges solidaires et culturels permettant l'enrichissement mutuel, d'expression, de présence administrative et de formation.

Pour les personnes qui relèvent de la réinsertion professionnelle, les attentes s'exprimeront en terme de « relation au travail » :

- Fatigabilité physique et psychologique ;
- Rythme et intensité du travail ;
- Capacité d'apprentissage ;
- Stabilité au poste ;
- Autonomie dans la réalisation ;
- Capacité d'initiative ;
- Relation à l'environnement humain ;
- Assiduité, ponctualité, adaptation aux prescriptions de travail.

Pour les usagers dont le processus de réinsertion professionnelle est très peu probable, les conséquences s'exprimeront en terme de « bien être » :

- Thérapie par l'aspect ludique et valorisant des activités ;
- Occupationnel : les usagers ne sont pas livrés à eux-mêmes (solitude, débit de boissons) ;
- Relationnel : les activités sont un lieu de rencontre avec un réseau, un environnement de resocialisation.

Pour ces deux groupes, les conséquences en terme de culture et de citoyenneté s'apprécieront en fonction de la capacité à participer ou s'engager régulièrement dans les ateliers et d'intégrer ensuite les lieux habituels (bibliothèque, théâtre, cinéma...).

Le club dispose des moyens humains et matériels suivants :

- Un responsable de l'activité à ½ temps, chargé de mission ;
- 16 heures de vacation par mois du technicien par activité ;
- Des bénévoles : outre leurs aptitudes et compétences propres, ils seront formés techniquement et pédagogiquement ;
- Les locaux pour activités propres (écriture, théâtre, peinture, poterie, petit artisanat d'art).

Chaque mois, un programme d'animation est présenté en concertation avec l'équipe, les usagers et les partenaires.

Le club fonctionne en journée en fonction des activités proposées, et certaines soirées et le week-end pour offrir des possibilités de rencontre à des personnes travaillant en journée. Deux ou trois soirées festives par mois seront organisées (conférences, repas à thème).

Le produit des activités viendra en déduction des frais. Un budget de fonctionnement spécifique sera étudié et négocié avec des partenaires publics et privés.

Les admissions s'effectuent suivant la même procédure que pour la pension de famille.

Au sein de la pension de famille et du club ressources, il est mis en place un conseil des usagers, qui sera régulièrement informé et consulté sur les décisions ayant une incidence importante sur les conditions de fonctionnement de la pension de famille ou de l'atelier. Ce conseil participe à l'élaboration du règlement intérieur de chaque structure respective.

La proximité et l'accessibilité des trois structures, à savoir le service d'accompagnement et la pension de famille à Chevilly-Larue, le club ressources à Fresnes, vont permettre le développement de synergies entre ces différents équipements des Amis de l'Atelier, tous proches du CHS Paul Guiraud de Villejuif.

Conclusion de la partie 3

La réalisation d'un projet ne peut aboutir sans la participation effective de l'ensemble des acteurs concernés : usagers, personnels et environnement. A partir de ma fonction de chef de service, j'ai , certes un rôle de responsabilisation du personnel, mais également d'instauration d'un partenariat utile et efficace, sur un plan institutionnel et fonctionnel.

La garantie du travail d'accompagnement au sein de notre service étant le suivi médical régulier des usagers par le secteur, la démarche de contractualisation engagée entre « Les Amis de l'Atelier » et le C.H.S. Paul Guiraud aboutit à la signature d'une convention. Celle-ci permet de renforcer la complémentarité entre les deux signataires au niveau du service d'accompagnement, et l'émergence de nouveaux projets, articulant le sanitaire et le social.

CONCLUSION GENERALE

La politique de santé mentale, à l'instar de l'ensemble des politiques sanitaires et sociales, en France comme dans la plupart des pays développés, a connu depuis quelques décennies, un infléchissement vers un objectif de désinstitutionnalisation, de déshospitalisation et de maintien de vie en milieu ordinaire. C'est le cas des malades mentaux stabilisés, relevant à la fois de soins et d'un accompagnement social.

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 et la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, ont pendant des décennies instauré une séparation de fait entre le sanitaire et le social.

Aujourd'hui, tous les professionnels concernés recherchent une meilleure articulation entre ces deux secteurs. D'où l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, et le projet de réforme de la loi de 75, qui incitent les professionnels à structurer leurs actions dans le sens de l'articulation entre le sanitaire et le social.

Ainsi, sollicitée par des membres de l'UNAFAM, l'association « Les Amis de l'Atelier » crée un service d'accompagnement pour malades mentaux stabilisés, où le sanitaire et le social se complètent pour le bien-être des bénéficiaires du service.

Chargé, en tant que chef de service, de la mise en œuvre de ce service, j'ai participé au recrutement d'un personnel qualifié, associé à la réflexion et à l'élaboration des outils nécessaires à l'accompagnement social. Par un management participatif, j'ai cherché à maintenir et développer la motivation et l'implication de l'équipe éducative. Compte tenu des histoires personnelles des usagers et dans un esprit de répartition des tâches, j'ai tenu à responsabiliser les éducateurs dans la conduite des projets personnalisés, laissant aux familles la place qui leur revient de droit, tout en plaçant l'usager au cœur d'un ensemble coordonné d'actions et de partenaires.

Avec le C.H.S. Paul Guiraud, l'association « Les Amis de l'Atelier » est parvenue à signer une convention de partenariat, qui permet actuellement d'envisager la création d'une pension de famille et d'un club ressources pour malades mentaux stabilisés.

Ce type d'expérience montre, si besoin en était encore, que l'ère du clivage social / sanitaire a vécu ; grâce à la loi hospitalière et le projet de réforme de la loi de 75, nous entrons désormais dans l'ère de l'articulation entre ces deux secteurs complémentaires, pour le grand bien des usagers.

Dans le reste de l'Europe, les professionnels cherchent à inventer de nouvelles formes d'accompagnement des personnes fragilisées ou handicapées par la maladie mentale, articulant dans la durée la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social.

En Italie, l'insertion de ces personnes se fait grâce à un réseau de coopératives sociales cogérées par les malades, les éducateurs et les soignants⁵² : on propose tout de suite un travail en atelier, tel la fabrication de jeux dans un parc public, réalisation d'un guide touristique avec les enfants des écoles. Cette pratique présente un double avantage : fournir un emploi rémunéré et faire accepter les psychotiques dans la ville. Car, il paraît aujourd'hui nécessaire de faire sortir les malades psychiques de la marginalité.

A la demande des associations, une mission parlementaire a été chargée, en juin dernier, par le secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, de proposer des pistes d'amélioration de la prise en charge des malades mentaux stabilisés.

Ces pistes ne peuvent que rechercher l'établissement des relations de complémentarité entre le sanitaire et le social, dans le respect et la reconnaissance mutuelle des apports réciproques.

⁵² GAILLIARD F., Inventer de nouvelles formes d'accompagnement, ASH n°2184,2000, p.19 à 20.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- EBERSOLD S., L'invention du handicap, la normalisation de l'infirmes, Paris, Ed. C.T.N.E.R.H.I., 1992.
- FOUCAULT Michel, Histoire de la folie à l'âge classique, Paris, Gallimard, 1972.
- HAMONET C., Les personnes handicapées, Paris, Que sais-je, n°2556, 1990.
- LEFEVRE Patrick, Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social, Paris, DUNOD, 1999.
- LESUR A., La schizophrénie, la comprendre pour mieux vivre, 1997.
- Lexique de termes juridiques, 8^e édition, Dalloz.
- LOUBAT Jean-René, Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, Paris, DUNOD, 1997.
- ROLAND J., MATHO Y., Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale, Paris, DUNOD, 1999.
- SŒUR Alain, La politique de santé mentale en question, Bordeaux, Les études hospitalières, 1995.
- TERRE F., FENOUILLET D., Les personnes, la famille, les incapacités, Précis Dalloz Droit civil, Paris, 1999.
- WOOD Philippe, La classification internationale des handicaps, Paris, C.T.N.E.R.H.I./ INSERM, PUF, 1980.

Revue, Articles, Etudes

- BONNET C., MUDWOLF L., Sanitaire et social, divorce à la française ? In La réhabilitation psychosociale en psychiatrie, sous la direction de VIDON G., Paris, ED. Frison-Roche, 1995.
- Carte sanitaire, Schéma régional et Annexe de la psychiatrie en Ile-de-France, Arrêtés du 17 juin 1998, Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France, 1998.

- Commissariat général au plan, Rapport du groupe « Evolution du travail social », Documentation française, juillet 1993.
- Compte rendu de la réunion « Les Amis de l'Atelier ».
- Document de présentation des « Amis de l'Atelier », 1997.
- Document ARVM / UNAFAM, Les maladies mentales aujourd'hui, Décembre 1998.
- ECREMENT Dominique, Les métamorphoses de l'accompagnement : de la réussite du risque au risque de l'illusion., 14^e journées nationales du MAIS, Nevers, juin 2000.
- FRAPPIER Dominique, Cours sur « La connaissance des populations », Paris, ETSUP, 2000.
- GAILLIARD Françoise, Inventer de nouvelles formes d'accompagnement, ASH, n°2 184, Octobre 2000.
- GONCE-LIPIRA Pascale, Vivre hors les murs de l'hôpital, Mémoire de DSTS, ETSUP, ETSUP, Paris, 1998.
- M.A.I.S, L'accompagnement social...Regards éthiques, Synthèse des travaux de la commission éthique, 1989/1992.
- MASLOW Abraham H., in Louis FEVRE, Le travail social, Théories et pratiques, Lyon, Chronique sociale, 1993.
- MORDELET M., Le secteur, une idée nouvelle, 35 ans après, Techniques Hospitalières, n°600, 1995.
- Publication ARVM / UNAFAM, Décembre 1998.
- ROUSSET Catherine, L'articulation du sanitaire et du médico-social en psychiatrie, in Pluriels, n° , 19 .
- STICKER H.J., Catégories organisatrices des visions du handicap, in J.M. ALBY et P. SANZOY, Handicap vécu, évalué. Grenoble, La pensée sauvage, 1987.
- VIDON G., DUBUIS J., LEGUAY D., HABIB M., in L'information Psychiatrique, Le mouvement de réhabilitation psychosociale, Une opportunité pour la psychiatrie française, Paris, Sanofi-Synthélabo, n°4,1999.

ANNEXES

CONTRAT D'ACCOMPAGNEMENT

OBJET : Accompagnement social en vue de la réalisation des projets d'intégration sociale et professionnelle

• Entre Mme, Mlle, M. :

Demeurant à :
.....
.....

Tél. : - - - -

• Et le Service d'Accompagnement Social des Amis de l'Atelier, situé au 5 Avenue de la Croix du Sud à Chevilly Larue (94550), représenté par M.MADIAMA, chef de service.

Article 1 : Le service d'accompagnement est heureux de vous compter dans son effectif afin de vous aider dans vos démarches d'intégration sociale et/ou professionnelle sans limites dans le temps.

Article 2 : L'accompagnement s'effectue sur une base individuelle et vise la réalisation d'un projet personnalisé, dont **les objectifs sont en ce qui vous concerne :**

.....

.....

Article 3 : Pour atteindre ces objectifs, il nous semble nécessaire de mettre en œuvre les actions suivantes :

.....

Article 4 : Il est convenu entre les parties de faire des bilans réguliers sur l'avancé du projet, en présence du chef de service. **Ces bilans auront lieu une fois par trimestre.**

Toutefois, sur la demande d'une des parties, une rencontre pourra avoir lieu pour nécessité de régulation ou pour une mise au point sur les actions en cours.

Article 5 : Le Service d'Accompagnement des Amis de l'Atelier s'engage :

- A vous fournir une prise en charge, **accueil, écoute, conseil et soutien.**
- A mettre à votre disposition, **tous moyens pouvant favoriser la réalisation de votre projet personnalisé.**

Article 6 : M..... s'engage de ce fait à :

- Avoir un **suivi médical régulier**.
- **Respecter** les horaires des rendez vous fixés.
- **Prévenir** en avance en cas d'empêchement.
- **Respecter les engagements** pris dans le cadre des actions mises en place.
- **Fournir les différents documents** nécessaires à l'accompagnement et aux diverses démarches.

Mme, Mlle, M. :

M. MADIAMA
Chef de service

Fait à Chevilly Larue le



LES AMIS DE L'ATELIER
SERVICES ET ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

17, rue de l'Égalité
F- 92290 CHATENAY MALABRY
Tél : 01- 46 29 59 00 Fax : 01- 46 23 59 29
E-Mail : amisatelier@compuserve.com

BORDEREAU D'ENVOI DE TELECOPIE

De Jean Pierre CHEVALIER

à : Monsieur Simon JURAVER
Directeur de Service Central

Tel : 01 46 29 59 00

N° Fax : 01 42 11 71 00

Le 15 juin. 99

Nombre de feuilles celle-ci incluse : 3

Monsieur,

Lors de notre réunion à la DIPAS, nos interlocuteurs nous ont demandé de modifier le 1^{er} paragraphe du préambule de notre projet de convention, afin de mieux définir les personnes pouvant bénéficier de notre service accompagnement.

Cela ne me paraît pas devoir remettre en cause le travail que nous avons fait ensemble. Toutefois si la modification proposée vous posait problème, je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'en informer.

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer Monsieur, l'expression de nos salutations les meilleures.

Jean Pierre CHEVALIER
Directeur du Développement

*Si vous n'avez pas reçu toutes les pages, veuillez nous contacter au (00) 01 46.29.59.00
If you have not received all the pages, please call us at this number : 00.01.46.29.59.00*

PROJET

CONVENTION DE PARTENARIAT POUR FAVORISER L'ACCOMPAGNEMENT VERS L'INSERTION DE PERSONNES MALADES MENTALES STABILISEES

Entre ↵

LE CENTRE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD, domicilié au 54, avenue de la République 94806 Villejuif cedex, représenté par Madame Nicole PRUNIAUX, Directrice,

Et ↵

L'Association LES AMIS DE L'ATELIER (association Loi 1901), domiciliée au 17, rue de l'Egalité 92290 Châtenay-Malabry, représentée par Monsieur Ernest NUSSBAUMER, Directeur Général.

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Préambule

Avec le concours de Conseil Général du Val de Marne, l'Association Les Amis de l'Atelier met en place un service d'accompagnement en faveur notamment des personnes adultes stabilisées dans la maladie mentale

- vivant en logement autonome ou dans leur famille,
- engagées dans un parcours de réinsertion sociale et professionnelle,
- accueillies en C.A.T, en atelier protégé ou autres structures.

La capacité de ce service est de 25 places

Afin d'assurer l'efficacité et la continuité de la prise en charge et d'articuler leurs interventions, les deux institutions se sont rapprochées et ont convenu d'inscrire leur relation dans le cadre de la présente convention de partenariat.

Article 1

Personnes concernées et modalités d'admission

Le service s'adresse à des personnes reconnues handicapées par la COTOREP. Ces personnes tendent vers l'autonomie et justifient d'un accompagnement individualisé. Elles font elles-mêmes la demande de bénéficier du service d'accompagnement. Un représentant de l'équipe soignante du secteur psychiatrique concerné participera à l'évaluation de la demande d'admission.

Article 2

Suivi des personnes

Le centre hospitalier Paul Guiraud sera étroitement associé au suivi des personnes accueillies par le service d'accompagnement. Des modalités de liaison et des réunions de concertation entre les équipes seront mises en place conjointement.

PROJET

Article 3

Intervention du Centre Paul GUIRAUD

Lorsque le personnel du service d'accompagnement constatera chez une personne suivie, une évolution psychique préoccupante, il sollicitera l'intervention de l'équipe soignante du secteur psychiatrique concerné, qui évaluera dans les meilleurs délais et prendra médicalement en charge le patient si nécessaire.

Si une hospitalisation s'impose, le centre hospitalier s'engage à accueillir la personne.

Article 4

Accueil de personnes présentées par le centre hospitalier Paul Guiraud

De son côté, et en contrepartie, l'association les Amis de l'Atelier s'engage à apporter ses services, en priorité, aux personnes qui lui sont adressées par les équipes des secteurs psychiatriques du centre hospitalier Paul Guiraud, dans le cadre défini dans son projet socio-éducatif et professionnel.

Article 5

Autres domaines de collaboration

D'un commun accord entre les parties, il est expressément prévu que les accompagnateurs du Service d'Accompagnement de l'association les Amis de l'Atelier et les membres des équipes de secteur psychiatrique du centre hospitalier Paul Guiraud se rencontrent afin d'échanger et d'enrichir leurs connaissances réciproques lors de visites ou de formations croisées.

Article 6

Personnes habilitées

Outre les signataires de la présente convention, les personnes habilitées à sa mise en œuvre sont :

Pour l'hôpital Paul GUIRAUD

- pour le secteur psychiatrique 94....., Monsieur ou Madame.....
-
-
-

Pour les Amis de l'Atelier

- Monsieur ou Madame
-
-

Article 7

Suivi et évaluation de la convention

Les deux signataires s'engagent à effectuer chaque année un bilan de l'exécution de la présente convention.

Fait en double exemplaire le

1999

Mme Nicole PRUNIAUX
Centre Hospitalier Paul Giraud

M Ernest NUSSBAUMER
Association les Amis de l'Atelier

CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 8 OCTOBRE 1999

EXPOSE DES MOTIFS



PROJET DE CONVENTION DE PARTENARIAT ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD ET L'ASSOCIATION " LES AMIS DE L'ATELIER ".

Nous avons été contacté par les dirigeants de l'Association "Les Amis de l'Atelier" (association loi 1901, domiciliée à Chatenay-Malabry 92) en vue d'établir une relation de partenariat.

Association sans but lucratif, l'association "les Amis de l'Atelier" est bien connue par ses interventions dans le domaine social et notamment dans Sud-est et Sud-ouest de la région parisienne où elle dispose de plus de 500 places pour l'accueil des personnes handicapées mentales ou psychiques de plus de 20 ans (Centre d'aide par le travail ; hébergement en foyers de vie : pour handicapés à autonomie réduite, pour personnes handicapées vieillissantes, pour travailleurs handicapés ; accueil de jour, insertion professionnelle en milieu ordinaire).

Cette association a présenté au Conseil Général du Val de Marne un projet social destiné aux personnes en situation de handicap lié à des déficiences psychiques et consistant en la création :

- d'un service d'accompagnement à la vie sociale = 15 places
- d'un foyer d'hébergement en habitat regroupé = 15 places.

Le Président du Conseil Général, par une lettre en date du 23 avril 1999 a confirmé l'intérêt qu'il porte prioritairement à la création du service d'accompagnement, tout en soulignant l'intérêt pour l'Association de consolider le partenariat avec le Centre Hospitalier Paul Guiraud, pour ce qui concerne la prise en charge médicale des bénéficiaires de ce service.

les responsables de l'Association nous ont indiqué que l'ouverture de ce service d'accompagnement social est prévu pour début octobre prochain avec une implantation sur la commune de Chevilly-Lame et une capacité d'accueil portée à 25 places.

Une réunion de travail très positive a eu lieu le 7 juin dernier entre les représentants de l'Association d'une part et les responsables des secteurs psychiatriques du val de Marne intéressés et la direction de PGV d'autre part.

Cette réunion a permis la mise au point du projet de convention ci-joint, soumis à votre accord.



Villejuif, le 22 novembre 1999

N/Réf : PS/IA/99 - 316

REÇU 23 NOV 1999

Monsieur Jean-Pierre CHEVALIER
 Directeur du Développement
 LES AMIS DE L'ATELIER
 7 rue de l'égalité
 92290 CHATENAY MALABRY

Monsieur,

Depuis plusieurs mois, vous avez demandé au Centre Hospitalier Paul Guiraud d'étudier la possibilité de passer avec votre Association une convention de partenariat pour favoriser l'accompagnement vers l'insertion de personnes malades mentales stabilisées résidant sur le département du Val-de-Marne. Jusqu'à présent, ce projet n'a pu être finalisé du fait d'intervention de tiers dans la procédure.

J'ai néanmoins présenté ce projet de convention à la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Paul Guiraud. Celle-ci a donné un avis favorable moyennant quelques petites modifications à apporter au document original.

J'ai ensuite fait passer ce projet de Convention devant le Comité Technique d'Etablissement. Celui-ci a refusé de prendre position et m'a demandé de bien vouloir lui transmettre les statuts de l'Association les "Amis de l'Atelier" et lui préciser exactement la nature des interventions de cette Association dans le Domaine Sanitaire ou Social.

Pour me permettre de clore la procédure engagée, vous serait-il possible de m'adresser une copie des statuts de votre Association et en même temps une petite fiche technique retraçant tant les finalités poursuivies que les activités menées par ladite Association.

Je vous remercie par avance de l'aide que vous voudrez bien m'apporter afin de mettre un point final à ce projet et vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Pour le Directeur et par délégation,
 Le Directeur de Service Central,

Pierre SALEL

Centre Hospitalier PAUL GUIRAUD VILLEJUIF
 54 Avenue de la République, 94806 VILLEJUIF Cédex
 Téléphone 01.42.11.70.00 — Télécopieur 01.42.11.71.00

N/Réf : PS/IA/2000 - 77



Villejuif, le 27 avril 2000

*Bon dossier
choutly*

REÇU - 3 MA 2000

Monsieur Ernest NUSSBAUMER
Directeur
ASSOCIATION LES AMIS DE
L'ATELIER
17 rue de l'égalité
92290 CHATENAY MALABRY

Objet : **Convention de partenariat**

Monsieur,

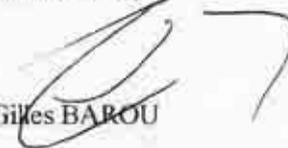
Début 1999, vous aviez proposé à Madame Nicole PRUNIAUX, qui était à l'époque, Directeur du Centre Hospitalier Paul Guiraud, de passer une convention avec votre Association, afin d'assurer dans les meilleures conditions, le suivi des malades sortant d'une hospitalisation au Centre Hospitalier Paul Guiraud.

J'ai plaisir de vous informer que le Conseil d'Administration, en sa séance du 25 février 2000, a décidé d'approuver la passation ainsi que le texte de cette convention.

J'adresse donc établi, en trois exemplaires, le texte de ladite convention dûment signé de ma main. Je vous demande de bien vouloir signer les trois exemplaires et m'en retourner deux après signature de votre part.

Dans l'espoir d'une active et fructueuse collaboration entre l'Association les Amis de l'Atelier et le Centre Hospitalier Paul Guiraud, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués

Le Directeur,


Gilles BAROU

PJ : 3

Centre Hospitalier PAUL GUIRAUD VILLEJUIF
54 Avenue de la République. 94806 VILLEJUIF Cédex
Téléphone 01.42.11.70.00 — Télécopieur 01.42.11.71.00



**CONVENTION DE PARTENARIAT POUR FAVORISER
L'ACCOMPAGNEMENT VERS L'INSERTION
DE PERSONNES MALADES MENTALES STABILISEES**

Entre

LE CENTRE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD, domicilié au 54, avenue de la République
94806 Villejuif Cédex, représenté par Monsieur Gilles BAROU, Directeur,

Et

L'Association LES AMIS DE L'ATELIER (association Loi 1901), domiciliée au 17, rue de
l'Egalité 92290 Châtenay-Malabry, représentée par Monsieur Ernest NUSSBAUMER,
Directeur Général,

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Préambule

Avec le concours du Conseil Général du Val-de-Marne, l'Association les Amis de l'Atelier met en place un service d'accompagnement pour des personnes adultes stabilisées dans la maladie mentale, vivant en logement autonome ou dans leur famille, et engagées dans un parcours de réinsertion sociale et professionnelle. La capacité de ce service est de 25 places.

Afin d'assurer l'efficacité et la continuité de la prise en charge et d'articuler leurs interventions, les deux institutions se sont rapprochées et ont convenu d'inscrire leur relation dans le cadre de la présente convention de partenariat.

Article 1

Personnes concernées et modalités d'admission

Le service s'adresse à des personnes reconnues handicapées par la COTOREP. Ces personnes tendent vers l'autonomie et justifient d'un accompagnement individualisé.

Elles font elles-mêmes la demande de bénéficier du service d'accompagnement. Un représentant de l'équipe soignante du secteur psychiatrique concerné participera à l'évaluation de la demande d'admission.

Article 2

Suivi des personnes

Le Centre Hospitalier Paul Guiraud sera étroitement associé au suivi des personnes relevant des secteurs qu'il dessert, accueillies par le service d'accompagnement. Des modalités de liaison et des réunions de concertation entre les équipes seront mises en place conjointement.

Centre Hospitalier PAUL GUIRAUD VILLEJUIF

54 Avenue de la République, 94806 VILLEJUIF Cédex

Téléphone 01.42.11.70.00 — Télécopieur 01.42.11.71.00

Article 3

Intervention du Centre Hospitalier Paul GUIRAUD

Lorsque le personnel du service d'accompagnement constatera chez une personne suivie, une évolution psychique préoccupante, il sollicitera l'intervention de l'équipe soignante du secteur psychiatrique concerné, qui évaluera dans les meilleurs délais et prendra médicalement en charge le patient si nécessaire.

Article 4

Accueil de personnes présentées par le Centre Hospitalier Paul Guiraud

De son côté, et en contrepartie, l'Association les Amis de l'Atelier s'engage à apporter ses services, en priorité, aux personnes qui lui sont adressées par les équipes des secteurs psychiatriques du Centre Hospitalier Paul Guiraud, dans le cadre défini dans son projet socio-éducatif et professionnel.

Article 5

Autres domaines de collaboration

D'un commun accord entre les parties, il est expressément prévu que les intervenants du Service d'Accompagnement de l'Association les Amis de l'Atelier et les membres des équipes de secteur psychiatrique du Centre Hospitalier Paul Guiraud se rencontrent afin d'échanger et d'enrichir leurs connaissances réciproques lors de visites ou de formations croisées.

Article 6

Personnes habilitées

Outre les signataires de la présente convention, les personnes habilitées à sa mise en oeuvre sont :

Pour l'Hôpital Paul Guiraud

- (- pour le secteur 94 G ..., Mme ou Mr
- (- pour le secteur 94 G ..., Mme ou Mr
- (- pour le secteur, Mme ou Mr
- (- pour le secteur, Mme ou Mr
- (- pour le secteur, Mme ou Mr
- (- pour le secteur, Mme ou Mr

Pour les Amis de l'Atelier

- (-
- (-
- (-

Article 7

Suivi et évaluation de la convention

Les deux signataires s'engagent à effectuer chaque année un bilan de l'exécution de la présente convention pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation deux mois au moins avant l'expiration de l'année.

Fait en triple exemplaires. Villejuif, le 27 avril 2000.

Monsieur Gilles BAROU
Centre Hospitalier Paul Guiraud

Monsieur Ernest NUSSBAUMER
Association les Amis de l'Atelier