



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement social
et médico-social public
Promotion 2002 – 2003**

**ETUDE DES MODALITES DE CREATION ET DE
FONCTIONNEMENT D'UN C.A.T. ET D'UNE M.A.S.
RATTACHES A UN CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE**

L'EXEMPLE DU C.H. « GUILLAUME REGNIER » DE RENNES

GENIN Anne

Remerciements

Mes remerciements vont en premier lieu à Monsieur RAYNAL, Directeur du C.H.G.R. pour son écoute et la haute idée qu'il se fait du service à rendre aux patients de l'hôpital,

Ils vont aussi aux agents de l'hôpital qui m'ont accompagnée et soutenue dans mes travaux avec une grande disponibilité et gentillesse et, particulièrement, Mesdames CADORET, des Plans et Travaux et BEAUFILS, des Finances,

Ils vont enfin plus particulièrement au personnel du C.A.T., dont j'ai partagé les satisfactions et les soucis tout au long de mes neuf mois de stage,

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LE CONTEXTE ET LES MODALITES DE CREATION DE DEUX STRUCTURES MEDICO-SOCIALES PAR LE C.H. "GUILLAUME REGNIER" ..	4
1.1 Besoins et création sur mesure pour le C.A.T. "Les Maffrais"	4
1.1.1 L'aiguillon du déficit	4
1.1.2 Des modalités de création originales sur un plan juridique	5
1.2 Une ambition et un environnement porteur pour la M.A.S. du Placis Vert	9
1.2.1 Des données convergentes avec le cadre extérieur	9
1.2.2 Une opération lourde portée par un projet fort.....	13
2 POINTS FORTS ET LIMITES DE LA CREATION DE DEUX STRUCTURES MEDICO-SOCIALES PAR LE C.H. "GUILLAUME REGNIER" DE RENNES... 	16
2.1 Des atouts et des faiblesses pour le C.A.T. "Les Maffrais"	16
2.1.1 Des réussites dans l'insertion et en matière économique	16
2.1.2 Les limites de la dépendance.....	23
2.2 Un bilan contrasté pour la M.A.S. du Placis Vert	25
2.2.1 Une transformation réussie dans l'espace et les activités d'animation	25
2.2.2 Une transformation inachevée	30
3 PROPOSITIONS D'APPROFONDISSEMENT.....	33
3.1 Les données spécifiques au C.A.T. et à la M.A.S.	33
3.1.1 Affirmer sa capacité d'action pour le C.A.T.....	33
3.1.2 Le défi principal de l'adaptation des qualifications des personnels pour la M.A.S.	40
3.2 Les données communes au C.A.T. et à la M.A.S.	45
3.2.1 L'approfondissement de la place des usagers	45
3.2.2 L'approfondissement des liens avec l'environnement extérieur, notamment médico-social et local.....	50
CONCLUSION	55
Bibliographie	59

Ouvrages :	59
Mémoires :	60
Articles :	60
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- A.M.P. : aide médico-psychologique
A.P. : atelier protégé
A.R.H : Agence Régionale d'Hospitalisation
C.A.T. : centre d'aide par le travail
C.E.S. : contrat d'emploi solidarité
C.E.C. : contrat d'emploi consolidé
C.H.G.R. : Centre hospitalier "Guillaume Régnier"
C.H.S. Centre hospitalier Spécialisé
C.M.E. : Commission médicale d'établissement
C.O.T.O.R.E.P. : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
C.R.I.S.M.S. : Commission Régionale des Institutions sanitaires et médico-sociales
C.R.O.S.S. : Comité Régional d'Organisation sanitaire et sociale
D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.E.S. : Directeur d'Etablissement social
F.A.M. : foyer d'accueil médicalisé
F.D.T. : foyer à double tarification
G.I.P. : Groupement d'intérêt public
I.M.E. : Institut Médico-éducatif
J.O. : Journal Officiel
M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisée
S.A.C.A.T. : Section annexe de centre d'aide par le travail
U.N.A.F.A.M. : Union Nationale des Familles de malades mentaux

INTRODUCTION

Le contexte général de création ou de transformation d'un établissement sanitaire en établissement médico-social à l'initiative d'un hôpital psychiatrique nécessite une définition préalable de la prise en charge relative à ces deux secteurs ainsi que leur nécessaire articulation.

Ainsi, est considérée comme malade mentale toute personne qui présente une pathologie psychiatrique diagnostiquée en tant que telle par un psychiatre. A ce titre, elle relève d'une prise en charge psychiatrique.

Dans le cadre de la loi de 1838, la logique d'intervention s'organise autour du soin qui est administré à l'hôpital psychiatrique. Avec la mise en place de la politique de secteur¹, une préoccupation de prise en charge globale, dans son environnement, de la personne atteinte de troubles mentaux, se fait jour. Bien que marquée par un souci de déstigmatisation de la maladie mentale et un désir d'insertion du malade mental dans la cité, cette politique ne permet pas de rompre véritablement avec l'image asilaire associée à la maladie mentale et à la psychiatrie.

Dans le cadre de la réglementation française, est considérée comme handicapée mentale toute personne dont l'altération mentale a fait l'objet, à sa demande, d'une évaluation et d'une reconnaissance par la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (C.O.T.O.R.E.P.).

Plus spécifiquement, par opposition au concept de handicap mental, tend à émerger récemment celui de handicap psychique. Ce dernier a été notamment élaboré par les partenaires de Santé mentale France parmi lesquels on trouve différents partenaires oeuvrant dans le champ de la santé mentale². Pour ceux-ci, le handicap mental s'appliquerait aux handicaps résultant de la déficience intellectuelle alors que le handicap psychique désignerait les handicaps résultant des déficiences des fonctions psychiques.

¹ Cette politique a été définie par la circulaire du 15 mars 1960 avant que la loi ne vienne la confirmer

² publication en juin 2001 d'un Livre Blanc sur la situation des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité

Or, le principal intérêt de cette distinction réside dans le caractère variable dans le temps du handicap psychique, imposant un ajustement permanent des soins et des mesures d'accompagnement social, ce qui ne serait pas le cas du handicap mental. Dans la réalité, cependant, il n'est pas rare que handicap mental et handicap psychique soient associés.

Dès lors qu'une personne est reconnue personne handicapée par la C.O.T.O.R.E.P., elle est susceptible d'être orientée vers une structure médico-sociale. Les principales structures médico-sociales accueillant les personnes handicapées mentales se divisent en établissements de travail protégé ou établissements d'hébergement et de soins.

Au titre des premiers, on distingue les centres d'aide par le travail (C.A.T.) et les ateliers protégés (A.P.). Au titre des seconds, on distingue les maisons d'accueil spécialisées (M.A.S.), les foyers de vie ou d'hébergement et les foyers d'accueil médicalisés (F.A.M.) qui, depuis la loi du 2 janvier 2002, ont pris la suite des foyers à double tarification (F.D.T.). D'après la dernière enquête D.R.E.E.S. sur les établissements sociaux- données 1996, on dénombre 12 900 personnes handicapées mentales dans les C.A.T., 1 200 dans les ateliers protégés, 5 800 en foyers d'hébergement, 840 en foyers à double tarification, 4 000 en foyers occupationnels et 580 en M.A.S. ¹.

Si dans les représentations sociales, le handicap s'oppose à la maladie, la distinction est peu opérante dans le champ de la santé mentale. En effet, le handicap est souvent représenté comme un attribut fixe et permanent alors que la maladie serait curable et évolutive. Or, par opposition aux manifestations les plus courantes de la maladie somatique, la maladie mentale ne se présente jamais comme vraiment curable ni vraiment stabilisée. En conséquence, plutôt que d'une opposition entre le handicap mental et la maladie mentale, il faudrait plutôt parler de superposition.

Cette impossibilité de séparation stricte entre les champs sanitaire et médico-social apparaît dans l'histoire de la psychiatrie. En effet, depuis ses origines, celle-ci apparaît tiraillée entre le soin et le souci de la réinsertion sociale.

¹ Enquête citée dans le Rapport CHARZAT sur les difficultés des personnes en situation de handicap psychique et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches

Récemment, le concept de santé mentale tend à supplanter celui de psychiatrie, plaçant la lutte contre la maladie mentale et les troubles psychiques dans un cadre global, dans lequel la psychiatrie ne constituerait qu'un des temps d'intervention.

Enfin, le contexte de restructuration qu'a connu la psychiatrie ces 30 dernières années et qui l'a amenée à supprimer 125 000 lits ¹ s'est traduit par un recentrage de ses missions autour d'une psychiatrie active et l'extériorisation d'un certain nombre de prises en charge. Cette situation n'a fait qu'accentuer l'interpénétration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Le Centre hospitalier "Guillaume Rénier" (C.H.G.R.) à Rennes nous a fourni un terrain d'observation pour ces transformations puisqu'il a été amené à créer, à huit ans d'intervalle, pour ses malades, un C.A.T. et une M.A.S.

Cet hôpital, dont la création remonte au XVII^{ème} siècle et qui a été successivement un asile, un hôpital psychiatrique puis un Centre Hospitalier Spécialisé (C.H.S.), a totalisé jusqu'à 2500 lits. Au 31 décembre 2001, sur ses 2 137 lits et places, il en comprenait 1 228 d'hospitalisation complète contre 871 en intra et en extra- hospitalier (en particulier, hôpital de jour, de nuit, accueil thérapeutique à temps partiel, appartements thérapeutiques ou de réinsertion, accueil familial).

La création du C.A.T. et de la M.A.S. s'inscrit donc dans un cadre plus global d'externalisation et de diversification des prises en charges. C'est à l'étude de leurs modalités de création et de fonctionnement qu'est consacré ce mémoire ainsi qu'à l'ébauche de propositions pour approfondir le processus de transformation en cours.

Le C.A.T. et la M.A.S. étant des structures médico-sociales très différentes tant dans le profil des personnes accueillies que dans leurs processus de prise en charge, les développements qui leur sont consacrés sont le plus souvent séparés. Néanmoins, je me suis employée à faire des comparaisons lorsque l'occasion s'en présentait et, surtout, lorsqu'elles permettaient d'approfondir l'analyse.

¹ Chiffre cité dans "Grandes et petites misères de la psychiatrie française", Le Monde du 7 juin 2003

1 LE CONTEXTE ET LES MODALITES DE CREATION DE DEUX STRUCTURES MEDICO-SOCIALES PAR LE C.H. "GUILLAUME REGNIER"

1.1 Besoins et création sur mesure pour le C.A.T. "Les Maffrais"

1.1.1 L'aiguillon du déficit

A) le déficit de dispositifs de réinsertion en faveur des malades mentaux

En 1990, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.) d'Ille et Vilaine avait lancé une enquête sur les besoins du département en matière de places de C.A.T. Ces besoins étaient évalués à 960 places qu'il fallait créer sur les trois années suivantes.

L'insuffisance de places de C.A.T. pour les malades mentaux était encore plus cruciale puisqu'en Ille et Vilaine, seul le C.A.T. de Châteauneuf d'Ille et Vilaine géré par l'Association "Le Domaine" dans le Nord du département avec une capacité autorisée de 93 places, accueillait ce type de population. Les autres C.A.T. s'adressant aux handicapés physiques et / ou mentaux n'accueillaient que d'une manière marginale les malades mentaux. En effet, bien qu'un accueil limité des malades mentaux fût prévu au sein des C.A.T. ¹, aucune place de C.A.T. n'était réservée aux malades mentaux sur les 1352 places autorisées au 31 décembre 1990 en Ille et Vilaine, hormis les 93 places du C.A.T. de Châteauneuf.

B) les données propres à l'hôpital

Un certain nombre de données internes propres à l'hôpital venaient conforter le constat précédent.

¹ circulaire du 31 octobre 1978

En effet, une enquête de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.R.A.S.S.) de Bretagne en juin 1985 indiquait que 48 personnes environ, hospitalisées à temps plein au C.H.S. relevaient d'une orientation en C.A.T. Parallèlement, le Schéma départemental d'organisation en psychiatrie, arrêté par le Préfet en juin 1990, préconisait dans sa conclusion la création d'un C.A.T. permettant la sortie d'une cinquantaine de malades des structures du C.H.S.

Ces chiffres et cette inadéquation étaient confirmés par les praticiens hospitaliers de Rennes qui évaluaient à 52 le nombre de malades mentaux suivis par le C.H.S. en attente d'un tel placement. Ces malades se répartissaient entre deux groupes de pathologies :

- schizophrènes déficitaires susceptibles de bénéficier d'une orientation vers un travail simple et répétitif,
- patients ayant besoin d'activités et de mouvements et susceptibles d'être orientés vers un atelier espaces verts ou restauration.

Enfin, les objectifs généraux du C.H.S. étaient convergents, au sens où ils visaient à l'adaptation de l'établissement aux besoins des patients et au recentrage de ses moyens autour d'une psychiatrie active.

Compte tenu de tous ces éléments, les instances internes suivantes de l'hôpital se prononçaient à l'unanimité en faveur d'une création par le C.H.S. d'un C.A.T. pour malades mentaux stabilisés :

- la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.) le 12 février 1991,
- le Comité Technique Paritaire le 29 mai 1991,
- et le Conseil d'Administration le 26 février 1991, délibération approuvée par le Préfet le 3 avril 1991.

1.1.2 Des modalités de création originales sur un plan juridique

A) les modalités pratiques de la création

La capacité prévue de la structure était de 50 places, conformément aux besoins énoncés plus haut.

Les activités retenues étaient de deux types :

- des activités tournées vers la production,
- des activités de soutien psychiatrique, psychologique et socio-éducatif.

Au titre de la production, il était envisagé, conformément au profil des patients défini plus haut, de répartir les travailleurs entre trois ateliers :

- un atelier "espaces verts" de 8 personnes,
- un atelier "restauration- cuisine" de 20 places,
- un atelier "conditionnement" de 22 places.

Le lieu d'implantation du C.A.T. était prévu à Thorigné- Fouillard, commune située à quelques kilomètres au Nord de Rennes, dans des bâtiments rattachés au Centre du Placis Vert, établissement annexe du C.H.G.R. ¹ Ces bâtiments étaient totalement indépendants du reste du Placis Vert (séparation par une clôture) et bénéficiaient d'un accès direct distinct sur la route départementale.

Suite à l'avis favorable de la Commission Régionale des Institutions sanitaires et médico-sociales (C.R.I.S.M.S.) ², le C.A.T. ouvrait ses portes le 1^{er} novembre 1993 sur la base de 30 places réparties comme suit :

- un atelier "espaces verts" de 8 places,
- un atelier "restauration" de 22 places.

En effet, par arrêté préfectoral du 19 mai 1993, si 50 places avaient été autorisées, seules 30 places étaient financées.

¹ notamment l'ancienne cuisine du Placis Vert alors non utilisée, les repas du Placis Vert étant livrés par la cuisine centrale du C.H.G.R., et une partie de l'ancienne lingerie devenue surdimensionnée

² La C.R.I.S.M.S. est l'ancêtre du Comité Régional d'Organisation sanitaire et sociale (C.R.O.S.S.)

B) les modalités juridiques de création

Le 1^{er} juin 1992 était constitué le Groupement d'Intérêt Public (G.I.P.) du Placis Vert entre le C.H.G.R., l'Association "Le Domaine", organisme gestionnaire du C.A.T. de Châteauneuf d'Ille et Vilaine et la section d'Ille et Vilaine de l'Union Nationale des familles de malades mentaux (U.N.A.F.A.M.).

Le G.I.P. est une structure juridique originale permettant à des personnes morales de droit public ou privé de s'associer pour mener à bien des objectifs communs. Initialement créé dans le champ de la recherche et du développement technologique ¹, il a été étendu au domaine sanitaire et social ². Dans ce secteur, il permet la création ou la gestion en commun d'équipements ou de services sanitaires et sociaux.

Il était donc particulièrement adapté à la création d'un C.A.T. à un moment où la réglementation ne permettait pas la création directe d'un établissement social ou médico-social par un établissement sanitaire.

Dans le cas d'espèce, l'objet du groupement était la création et la gestion d'un C.A.T. réservé aux malades mentaux stabilisés originaires d'Ille et Vilaine. Sa durée était de 15 années à compter de la publication au Journal Officiel (J.O.) de l'arrêté préfectoral d'approbation, lequel intervint à la date du 15 juin 1992.

Le Conseil d'Administration était composé de 11 membres dont :

- 7 représentants du C.H.G.R. parmi lesquels 3 membres de droit :
 - le président du Conseil d'Administration ou son représentant,
 - le président de la C.M.E. ou son représentant
 - le Directeur du C.H.G.R. ou son représentant
- 2 représentants de l'Association "Le Domaine" dont 1 membre de droit :
 - le président de l'Association "Le Domaine" ou son représentant
- 2 représentants de l'U.N.A.F.A.M. dont 1 membre de droit :
 - le président de l'U.N.A.F.A.M. ou son représentant

¹ loi n° 82.610 du 15 juillet 1982

² décret n°88.1034 du 7 novembre 1988

Le président et le Vice-président du Conseil d'Administration étaient élus parmi ces membres de droit.

En ce qui concerne la tenue des comptes du groupement, celle-ci était d'abord mixte puis, suite à des observations de la Chambre Régionale des Comptes, entièrement privée. Intégrant ce point, une nouvelle Convention constitutive était signée le 2 novembre 1998 et approuvée par arrêté préfectoral en date du 11 janvier 1999, ce qui prorogeait d'autant la durée d'application de 15 années.

La Convention constitutive du G.I.P. était complétée par une Convention de mise à disposition signée le 24 mai 1993 entre le C.H.G.R. et le G.I.P. Celle-ci définissait les moyens du groupement. Ceux-ci étaient constitués de :

- la mise à disposition de personnel de l'hôpital au profit du G.I.P. dans la limite d'un ratio de 0,2 par place, le C.H.G.R. facturant les frais correspondants à prix coûtant au G.I.P.,
A l'ouverture du C.A.T., le personnel se composait d'un Directeur, d'une secrétaire à mi-temps, de 4 moniteurs, d'une prestation ponctuelle d'infirmier et d'assistante sociale (0.2). En ce qui concerne les effectifs, ceux-ci étaient portés de 6 à 7 agents sur l'ensemble de la période avec intégration d'un moniteur d'atelier lors de la création de la Section annexe de centre d'aide par le travail (S.A.C.A.T.)¹ au 1er juin 1998 et le poste de secrétariat passait d'un mi-temps à un temps plein.
- la responsabilité médicale du C.A.T. assurée par un médecin psychiatre du C.H.G.R. à raison de deux vacations hebdomadaires, lesquelles étaient remboursées à l'hôpital par le G.I.P. (nombre ensuite ramené à une),
- la mise à disposition de terrains, locaux et matériel sans paiement de loyer, les frais de fonctionnement du C.A.T. (électricité, élimination des déchets, ...) et la charge financière des emprunts faisant l'objet d'un remboursement annuel par le G.I.P.,
- la mise à disposition du G.I.P. de l'infrastructure technique du C.H.G.R., celle-ci étant facturée au prorata du temps passé par les agents de l'hôpital et au coût réel des pièces.

¹ Ce dispositif sera détaillé en 2-1-1 "la mise en place originale d'une S.A.C.A.T."

Les modalités de création exposées ci-dessus font ressortir l'étroitesse des liens entre le C.H.G.R. et le G.I.P. du Placis Vert. Il est cependant important de noter que le rôle de l'Association "Le Domaine" aurait dû être plus important puisque le Directeur du C.A.T. de Châteauneuf d'Ille et Vilaine aurait dû également prendre la direction du C.A.T. "Les Maffrais". Ce schéma dût être abandonné, compte tenu de dissensions entre les deux organismes gestionnaires.

1.2 Une ambition et un environnement porteur pour la M.A.S. du Placis Vert

1.2.1 Des données convergentes avec le cadre extérieur

A) les caractéristiques de l'établissement annexe du Placis Vert

L'établissement annexe du Placis Vert, situé sur un terrain connexe de celui du C.A.T., comportait, à la veille de la transformation ¹, des lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale cohabitant avec des lits d'hôpitaux de jour (deux hôpitaux pour adultes et un hôpital pour enfants) et une unité d'hospitalisation à temps complet en pédo-psychiatrie.

L'opération de transformation concernait 160 lits sur le Placis Vert, auxquels devaient s'ajouter 80 lits de psychiatrie générale supprimés sur le site principal et créés sur le site du Placis Vert.

B) le profil dépendant des patients du Placis Vert

Par référence à la Classification internationale des Maladies (CIM 10), une typologie des patients hospitalisés à temps plein au Placis Vert a été élaborée par l'équipe médicale de la structure. Au regard de cette étude, il ressortait que la plupart des patients souffraient des symptômes suivants, à savoir :

- psychoses infantiles, autistiques ou non

¹ soit avant le 1^{er} juillet 2001

- retards mentaux graves assortis de troubles mentaux
- retards mentaux avec handicaps physiques sévères
- psychoses chroniques stabilisées avec troubles sévères du comportement

Conformément aux résultats d'une étude Pendiscan réalisée sur le site du Placis Vert, il apparaissait que les patients relevaient bien d'une orientation C.O.T.O.R.E.P. M.A.S., ce type de structure étant destiné à accueillir des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants¹.

En effet, ceux-ci se caractérisaient par des niveaux de dépendance élevés et assez homogènes, que ce soit au niveau des activités de la vie courante, des soins techniques que des soins relationnels et éducatifs.

C) les atouts du site

L'opération de transformation a été également favorisée par les caractéristiques du site où elle intervient.

Le Centre du Placis Vert est implanté dans un environnement agréable, en bordure de forêt de Rennes. Il s'étend sur 16 ha de terrain arboré dont 2 ha réservés aux espaces verts et se présente sous la forme de pavillons de plain-pied auxquels s'ajoutent des bâtiments abritant des activités médico-techniques, administratives, logistiques et de loisirs.

Sa proximité de RENNES (7 km) ainsi que des communes de BETTON et de THORIGNE-FOUILLARD, la desserte du site par la ligne de bus n° 50 plaident en faveur de la socialisation des résidents dans leur environnement local.

La dimension inhabituelle du Centre pour ce type de structure se trouve compensée par le caractère arboré du site et la taille des pavillons limitée à l'accueil de 20 résidents. La cohabitation de ces pavillons avec des espaces collectifs permet de concilier

¹ article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 et circulaire n° 62 AS du 26 décembre 1978

le respect du rythme individuel des résidants avec une dynamique de sociabilisation propre au Centre.

Enfin, l'opération de transformation sur le site du Placis Vert présentait l'avantage de la continuité par rapport à des patients accueillis au long cours sur le site et pour lesquels un changement de résidence aurait été ressenti comme traumatisant. Elle se situait également en cohérence avec des principes de prise en charge reposant déjà sur l'accompagnement au quotidien, l'éducatif et la qualité de vie des patients et faisant de cet établissement une structure médico-sociale avant l'heure.

D) une politique volontariste de l'hôpital

L'opération de transformation a été également sous-tendue par la conclusion d'un projet d'établissement, d'un contrat d'objectifs et de moyens et, enfin, réaffirmée à l'occasion de plusieurs délibérations des instances de l'hôpital.

Le projet d'établissement du C.H.G.R. couvrant la période 1999-2003, approuvé par l'A.R.H. le 9 juin 1999, prévoyait en effet la réduction des inadéquations par transformation de prises en charge sanitaires en prises en charges médico-sociales, plus adaptées aux besoins réels des patients du Placis Vert. L'opération de transformation de 240 lits de psychiatrie générale en 240 places de M.A.S., prévue par le projet d'établissement, contribuait à la réduction de ces inadéquations.

Le contrat d'objectifs et de moyens ¹ prévoyait la transformation de 240 lits de psychiatrie générale en 240 places de M.A.S., suivant deux tranches, dont celle concernant la seconde tranche des 80 lits était prévue en 2005. Il définissait également les moyens mis en œuvre, tant au niveau du personnel qu'au niveau budgétaire.

Enfin, à trois reprises, lors de différentes délibérations ², le Conseil d'administration du C.H.G.R. confirmait son avis favorable à la transformation de 240 lits de psychiatrie générale en 240 places de M.A.S., la transformation devant s'effectuer selon deux phases, la première visant à la transformation sur le site du Placis Vert de 160 lits de psychiatrie générale en 160 places de M.A.S., la seconde à la suppression de 80 lits de

¹ celui-ci était signé entre le C.H.G.R. et l'A.R.H. le 28 décembre 2001

² délibérations en date des 28 juin 2000, 18 mai 2001 et 15 octobre 2002

psychiatrie générale sur le site principal et à la création correspondante de 80 places de M.A.S. sur le site du Placis Vert.

Outre les données rappelées ci-dessus, l'opération de transformation s'inscrivait dans un contexte externe convergent, au regard de la réglementation comme de la planification régionale.

E) l'ordonnance de 1996 et la planification régionale

L'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée¹, offrait désormais aux établissements publics de santé la possibilité de créer ou de gérer tout établissement ou service social ou médico-social, dans le but d'un rapprochement et d'une meilleure articulation entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social. Cette réforme hospitalière facilitait la transformation envisagée et permettait au C.H.G.R. de gérer la M.A.S. sous la forme d'un établissement annexe, alors qu'elle avait été obligée, je l'ai indiqué plus haut, d'agir par le truchement d'un G.I.P. pour la création en 1993 d'un C.A.T. réservé aux malades mentaux.

Par ailleurs, au regard des indices d'équipements fixés par la carte sanitaire de psychiatrie, la capacité autorisée du C.H.G.R. arrêtée par l'A.R.H. en 2001 à 741 lits d'hospitalisation temps plein était excédentaire. L'opération de transformation contribuait d'une manière significative à la réduction de la surcapacité de l'établissement.

En parallèle, le plan pluriannuel M.A.S.-F.D.T. 1999-2003, élaboré par la D.R.A.S.S. pour la région Bretagne, faisait ressortir un déficit en places de M.A.S. sur le département d'Ille et Vilaine. En effet, le taux d'équipement en M.A.S. pour 1000 habitants au 1^{er} janvier 2000 situait ce département en deçà de la moyenne régionale (0,14 contre 0,39 pour la Bretagne) alors qu'il est désormais le plus peuplé et qu'il connaît une croissance démographique accélérée, en particulier sur le secteur sanitaire n°5.

¹ cette disposition est prévue par son article 51

1.2.2 Une opération lourde portée par un projet fort

A) la transformation en deux phases

La première phase de transformation, correspondant à la transformation sur le site du Placis Vert de 160 lits de psychiatrie générale en 160 places de M.A.S., a été réalisée le 1er juillet 2001. Celle-ci a été préparée, sur près de deux ans, par toute une série de réflexions alimentées par le recueil d'une enquête auprès du personnel, la visite de M.A.S. extérieures et l'organisation de réunions d'information, notamment à l'intention du personnel du Centre du Placis Vert.

La seconde phase de transformation, portant sur la suppression de 80 lits de psychiatrie générale du site principal et la création correspondante de 80 places de M.A.S., s'avère plus délicate à réaliser.

En effet, le préfet avait préconisé l'implantation de la seconde tranche de transformation, sous la forme de deux établissements de 40 places et sur un autre site ¹. Le contrat d'objectifs et de moyens reprenait partiellement cette préoccupation, en subordonnant la réalisation de la seconde tranche des 80 lits à une large concertation avec l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux du secteur 5, avant tout choix définitif d'implantation ².

Concernant le choix du site, le C.H.G.R. maintenait sa position et la réaffirmait, notamment, à l'occasion des délibérations des 18 mai 2001 et 15 octobre 2002. A l'appui de cette position, une demande officielle de transformation de 80 lits de psychiatrie générale en places concomitantes de M.A.S. sur le site du Placis Vert était déposée en février 2003 par l'hôpital à la D.D.A.S.S. d'Ille et Vilaine. Cette demande fera l'objet d'un examen, courant 2003, par les sections sociale et sanitaire du C.R.O.S.S., lesquelles devront rendre un avis avant décision par le Préfet.

¹ arrêté préfectoral du 17 janvier 2001

² cette concertation a eu lieu sous la forme d'une journée portes ouvertes réalisée sur le site du Placis Vert avec de nombreux partenaires, en particulier issus du secteur médico-social, le 10 juin 2002

B) le projet de vie, charte de fonctionnement de la M.A.S. ¹

L'élaboration du projet de vie s'est appuyée sur l'énoncé d'un certain nombre de principes, qu'il importe de rappeler intégralement :

- *"le résidant et/ ou sa famille ou son représentant légal est, dans la mesure du possible, acteur de sa prise en charge en participant aux choix qui organisent sa vie dans l'institution (il est à noter qu'afin de traduire ce caractère actif et participatif, l'orthographe du terme "résidant" sera le participe présent du verbe résider et non le substantif "résident"),*
- *la prise en charge repose sur un projet de vie individuel décliné du projet de vie institutionnel dont le Directeur ou, par délégation, un référent est garant,*
- *la participation des familles à la vie quotidienne et institutionnelle est recherchée et intégrée (Conseil d'établissement, participation aux associations et activités,...),*
- *la recherche du confort et de la qualité de vie pour les résidents décline des conditions d'accueil et d'hébergement avec une capacité ne dépassant pas 20 places pour chaque pavillon, une prise en charge et une organisation du travail adaptées à leurs besoins,*
- *la socialisation et le développement d'activités en interne mais aussi une grande ouverture à l'extérieur sont recherchées,*
- *le décloisonnement des pratiques professionnelles est une constante dans une logique de partage et de complémentarité des approches professionnelles articulées dans le projet de vie individuel,*
- *un appui formalisé par une convention entre la M.A.S. et la psychiatrie générale, en cas de besoin d'hospitalisation temporaire complétera le projet de vie".*

¹ le projet de vie de la M.A.S. daté du 8 juin 2000 comporte cinq chapitres relatifs à l'admission, au lieu de vie, à l'animation, les activités et la socialisation, le fonctionnement institutionnel et une prise en charge plurielle

Ainsi, à la veille de sa transformation juridique en M.A.S., l'établissement annexe du Placis Vert se dotait d'une charte de fonctionnement avec des principes et un contenu spécifiques au secteur médico-social, principes et contenu qui demeuraient à concrétiser.

Ces modalités de transformation étaient d'autant plus indispensables, qu'à la différence du C.A.T. "Les Maffrais" où l'opération de création d'une structure médico-sociale était réalisée sur un site distinct avec des patients ayant quitté l'hôpital ¹, l'opération de transformation en M.A.S., dans sa première phase, s'effectuait sur le même site avec les mêmes patients et le même personnel.

La transformation ne pouvait donc porter, dans un premier temps, que sur un renouvellement profond des principes de prise en charge. L'adaptation de la nature des activités, des lieux de vie et des caractéristiques du personnel devaient accompagner, dans un deuxième temps, la transformation effective du fonctionnement de l'établissement, conformément à son changement de structure juridique.

¹ l'accueil en C.A.T. s'est traduit par la désinstitutionnalisation de la prise en charge d'un certain nombre de malades, certains étant préalablement en hospitalisation complète, d'autres fréquentant l'hôpital de jour

2 POINTS FORTS ET LIMITES DE LA CREATION DE DEUX STRUCTURES MEDICO-SOCIALES PAR LE C.H. "GUILLAUME REGNIER" DE RENNES

2.1 Des atouts et des faiblesses pour le C.A.T. "Les Maffrais"

2.1.1 Des réussites dans l'insertion et en matière économique

A) une priorité forte à l'insertion

Depuis son ouverture le 1^{er} novembre 1993, le C.A.T. "Les Maffrais" a accueilli 117 personnes. Parallèlement, 83 personnes l'ont quitté dont 24 en raison d'une sortie en milieu ordinaire de travail. 6 travailleurs seulement sont présents depuis l'ouverture du C.A.T.

Ces résultats remarquables ont été obtenus grâce à une priorité clairement affichée par l'établissement en faveur de l'insertion. Là où la critique est souvent exprimée à l'encontre des C.A.T. de privilégier la logique économique au détriment de la logique sociale et de conserver les travailleurs les plus valides pour contribuer aux performances économiques de la structure, rien de tel ne peut être observé en ce qui concerne le C.A.T. "Les Maffrais".

Cette situation me semble due à plusieurs facteurs.

En premier lieu, le C.A.T. bénéficie de l'investissement exceptionnel d'un Médecin psychiatre ¹.

Celui-ci ne suit pas individuellement les travailleurs qui, au regard de leurs troubles, continuent à être suivis par leur secteur. C'est la logique de la sectorisation des

¹ celui-ci assure au C.A.T. une vacation d'une demi-journée par semaine, celle-ci lui étant rémunérée par le G.I.P. du Placis Vert

soins en psychiatrie. En revanche, il assure un suivi en ce qui concerne l'évolution de leur parcours en C.A.T. et, de ce fait, a contribué à mettre en place, bien avant la loi du 2 janvier 2002, une véritable individualisation de leur prise en charge. Ainsi, tout travailleur apte à une intégration en milieu ordinaire est donc accompagné dans cette démarche, sachant que la priorité en faveur de l'insertion est affichée d'une manière collective au niveau du C.A.T.

Un autre facteur contribuant à la réussite de cette politique d'insertion tient également au rôle de l'infirmier rattaché au C.A.T.¹.

En effet, celui-ci continue à suivre le travailleur après sa sortie du C.A.T., aussi longtemps que celui-ci en manifeste le souhait.

Dans ce contexte, il est intéressant de noter que, tant pour le Médecin psychiatre que pour l'infirmier, le C.A.T. constitue moins un établissement médico-social qui, à l'instar de beaucoup d'établissements analogues, est porté à fonctionner en relative autarcie qu'un temps de réhabilitation qui a été précédé d'une prise en charge différente (par exemple un suivi par les services d'ergothérapie de l'hôpital)¹ et sera suivi d'un autre type d'intervention.

Un autre facteur qui contribue au succès de l'insertion en milieu ordinaire des travailleurs du C.A.T. tient enfin paradoxalement à la méfiance envers les structures collectives d'insertion, type "Cap Emploi", auxquelles il est reproché de ne pas savoir prendre en charge les malades mentaux. Cette situation a amené le C.A.T. à construire tout un réseau de relations individuelles centré autour de l'insertion et qui est d'autant plus solide que la confiance y est forte de part et d'autre.

Un dernier facteur contribue également, indirectement, mais d'une manière non négligeable, à favoriser l'insertion.

Le choix a été fait, à l'occasion de l'ouverture du C.A.T. et clairement réaffirmé par la suite, de ne pas accompagner la structure de travail protégé d'un foyer d'hébergement. En effet, ce dispositif a pour inconvénient de renforcer la dépendance du travailleur puisque la structure qui l'emploie est également celle qui l'héberge. Dans le cas du

¹ vacation également d'une demi-journée

C.A.T., les travailleurs se logent par eux-mêmes comme il leur appartient de s'organiser pour se rendre sur leur lieu de travail, en voiture pour la moitié d'entre eux et par les transports en commun pour les autres. Si certains travailleurs éprouvent le besoin d'un logement en foyer, celui-ci est examiné en liaison avec des établissements partenaires et toujours envisagé comme une solution temporaire dans l'attente d'un renforcement de l'autonomie du travailleur.

Une dernière remarque pour illustrer cet axe fort du C.A.T.

Lors du deuxième semestre 2002, des discussions se sont engagées entre le C.H.G.R. et l'Association "Le Domaine" en vue de transférer à celle-ci la gestion du C.A.T. "les Maffrais" ².

Or, l'un des points principaux de blocage survenu entre les deux partenaires est venu pour le personnel du C.A.T. "Les Maffrais" et en particulier pour le Médecin psychiatre attaché à la structure, du risque de remise en cause de la spécificité de la prise en charge de cet établissement, point sur lequel aucune concession n'était possible.

Pour autant, malgré d'indéniables succès en matière d'insertion, il m'est néanmoins nécessaire de nuancer les observations faites plus haut.

En effet, en lien avec un environnement économique extérieur de plus en plus sélectif, le nombre de sorties vers le milieu ordinaire de travail s'est ralenti sur l'ensemble de la période ³. Celles-ci se sont la plupart du temps effectuées sur des contrats précaires, type C.E.S., C.E.C. et, au bout d'un certain temps le contact peut se rompre avec les anciens travailleurs du C.A.T., ce qui ne permet pas de savoir ce qu'ils sont devenus.

D'autres facteurs, spécifiques à la maladie mentale, se révèlent autant de freins au processus d'insertion.

¹ l'ergothérapie pratiquée à l'hôpital sous forme d'activités de menuiserie, peinture, ...a une visée thérapeutique très différente de la finalité du travail protégé

² cet épisode est évoqué dans ma troisième partie "Un projet d'autonomisation et de structuration"

³ ce constat rejoint un constat général relatif à la diminution du pourcentage d'insertion en milieu ordinaire à partir du milieu protégé qui serait passé de 10 à 1 % de 1970 à 2000 d'après le rapport sénatorial BLANC n°369, session 2001-2002 "la politique de compensation du handicap"

Ainsi, si le travail permet de consolider les stabilisations psychiques et de différer les rechutes, il ne permet pas le plus souvent d'empêcher ces dernières. De plus, si l'insertion réussit, il n'est pas rare que l'accomplissement professionnel correspondant soit nettement inférieur aux capacités intellectuelles réelles du travailleur. Enfin, la maladie mentale survenant de plus en plus tôt chez de jeunes hommes ou femmes alors qu'antérieurement elle frappait davantage des personnes déjà intégrées socialement, les chances ultérieures d'insertion s'en trouvent réduites d'autant.

En revanche, l'amélioration considérable de la qualité des traitements, avec comme corollaire la diminution du risque de rechute lié à l'arrêt du traitement, permet de concilier plus facilement une vie professionnelle avec un suivi médicamenteux. Le développement prochain de la prévention devrait aller dans le même sens.

B) la mise en place originale d'une S.A.C.A.T.

La décision de création de S.A.C.A.T. par le département d'Ille et Vilaine a correspondu à la volonté de mettre en place des structures d'accueil de jour, alternatives au maintien à domicile et au foyer de vie, en faveur d'adultes handicapés, dont le handicap ne permet pas une orientation en C.A.T. .

Le rattachement de ces sections à un C.A.T. se justifiait au regard de la volonté d'éviter la ségrégation entre les adultes handicapés en fonction de leur aptitude ou inaptitude au travail, de la possibilité d'accueil à mi-temps d'adultes admis par ailleurs à mi-temps en C.A.T. et enfin du souhait d'assurer une bonne répartition géographique des entités.

Ce dispositif bénéficie d'un financement par subvention forfaitaire du Conseil général. Les activités proposées en S.A.C.A.T. sont des activités de nature occupationnelle et non productive. Peuvent y être orientés des adultes handicapés inaptes au travail ou des adultes handicapés reconnus aptes au travail avec fatigabilité due à leur handicap ou à leur vieillissement.

En 1987, le Conseil Général d'Ille et Vilaine décidait la création de 7 sections annexes totalisant 148 places.

En 1995, le C.A.T. "Les Maffrais" déposait un projet de création d'une section annexe.

Celle-ci avait vocation à accueillir deux catégories d'usagers :

- un accueil à temps partiel de certains travailleurs du C.A.T. pour lesquels une activité à temps plein au C.A.T., compte tenu, notamment, de traitements lourds, était trop contraignante ¹,
- un accueil de malades mentaux stabilisés bénéficiant d'une décision C.O.T.O.R.E.P. d'inaptitude au travail pour lesquels une structure de jour non soignante était indispensable.

Les activités proposées étaient de deux ordres :

- des activités de soutien psychologique et socio-éducatives (activités manuelles diverses, jeux de société, sorties, promenades),
- des activités simples, de type répétitif pouvant aller éventuellement jusqu'à une activité de sous-traitance de bas niveau à un rythme très faible.

Le lieu d'implantation, après avoir été envisagé à Rennes en raison d'un défaut de desserte initiale du C.A.T. par les transports en commun, était finalement fixé dans des locaux connexes à ceux du C.A.T.

Par arrêté du Conseil Général d'Ille et Vilaine en date du 11 mai 1998, une S.A.C.A.T. d'une capacité de 8 places était créée à compter du 1^{er} juin 1998 au C.A.T. "Les Maffrais".

Depuis cette date, environ 18 personnes en moyenne ont été accueillies à la S.A.C.A.T. sur la base de durées s'étalant de 2 à 6 demi-journées. Les activités réalisées ont été variées : activités ludiques et de sous-traitance, bouturage de plantes, confection de pâtisseries, ...

L'activité de sous-traitance, pour laquelle les volumes sont restés modérés pour ne pas apparenter la S.A.C.A.T. à une structure productive, a été perçue par les usagers

¹ à moyen terme, cette catégorie était appelée à s'accroître, compte tenu de l'usure et du vieillissement précoces des travailleurs du C.A.T.

comme particulièrement valorisante et a sans doute facilité le passage d'un certain nombre d'entre eux au C.A.T. En effet, depuis l'ouverture de la S.A.C.A.T., 6 usagers l'ont quittée au profit du C.A.T. dont 1 qui a même intégré ultérieurement le milieu ordinaire de travail ¹.

La S.A.C.A.T., à ce titre, a bien joué le rôle d'un ascenseur promotionnel permettant à des malades de quitter, en premier lieu, le milieu de soins en intégrant la S.A.C.A.T., puis, ultérieurement, d'intégrer le C.A.T. alors qu'ils n'y étaient pas prêts lors de leur admission à la S.A.C.A.T.

Dès le 1^{er} janvier 2000, le principe d'une allocation pécule était adopté par le Conseil d'administration du G.I.P. du Placis Vert reconnaissant ainsi l'effort de production réalisé par les usagers de la S.A.C.A.T.. Même si le montant est resté modeste ², sa perception par les usagers valorise leur activité.

Ainsi, la S.A.C.A.T. est venue conforter et élargir la vocation promotionnelle du C.A.T. "Les Maffrais".

Cette donnée est d'autant plus remarquable que, sur la période d'ouverture de la S.A.C.A.T., aucun travailleur du C.A.T. ne l'a intégrée, ne serait-ce que sur la base d'un mi-temps, évolution pourtant prévue par les missions générales assignées à cette structure. Une étude comparée des S.A.C.A.T. ferait à nul doute ressortir cette originalité de fonctionnement de la S.A.C.A.T. rattachée au C.A.T. "Les Maffrais".

C) des résultats excédentaires

Conformément à la réglementation applicable à ce type de structure, le C.A.T. comporte deux budgets, le budget d'action sociale et le budget de production auxquels s'ajoute la section d'investissement.

Comme le font apparaître les chiffres ci-dessous, la situation financière du C.A.T.

¹ à l'occasion de l'ouverture de l'atelier "Conditionnement" à l'automne 2003, 11 usagers de la S.A.C.A.T. l'auront quittée pour le C.A.T. De plus, une autre personne issue de la S.A.C.A.T. et travaillant actuellement au C.A.T. devrait prochainement intégrer le milieu ordinaire de travail

² de 7 F par demi-journée effective au 1^{er} janvier 2000, celui-ci a été porté à 1.2 € par le Conseil d'administration du G.I.P. du Placis Vert, lors de sa séance du 1^{er} juillet 2003

est largement positive.

- le budget social

Le budget d'action sociale a dégagé ces dernières années un excédent dont les montants ont été fixés comme suit sur les dernières années :

- 169 134,86 F en 1998
- 117 970,50 F en 1999
- 253 818,39 F en 2000
- 224 280,25 F en 2001
- 43 247,06 € en 2002

Le rajeunissement du personnel explique en partie cet excédent. Il est à noter que, depuis la création du C.A.T., cet excédent a été affecté, pour l'essentiel, à la section d'investissement.

- le budget de production

Le budget de production et de commercialisation a également dégagé un excédent dont les montants se sont établis, comme suit, sur les dernières années :

- 150 381,25 F en 1998
- 540 706,47 F en 1999
- 650 144,82 F en 2000
- 650 726,45 F en 2001
- 79 248,97 € en 2002

L'excédent de ce budget a été également affecté à la section d'investissement.

- la section d'investissement

L'excédent de la section d'investissement correspond essentiellement à l'imputation des excédents du budget de production et du budget d'action sociale auxquels s'ajoute le montant des amortissements. Au 31 décembre 2002, le solde cumulé de la section d'investissement s'établissait à 428 569,40 €.

2.1.2 Les limites de la dépendance

A) la forte dépendance du C.A.T. vis à vis du C.H.G.R.

Dès les débuts du fonctionnement du G.I.P., s'instaurait une partition dans les fonctions de direction.

En effet, celui-ci donnait pouvoir d'ordonnancement des dépenses et des recettes de la section d'investissement et du budget d'action sociale au Président du G.I.P. du Placis Vert. En cas d'empêchement et d'absence du Président, une délégation en la matière était donnée au premier Vice-président ¹. Ainsi, le premier Vice-président du G.I.P. qui n'était autre que le Directeur du C.H.G.R. était, du fait de ces décisions, amené à jouer un rôle essentiel dans la gestion et le fonctionnement du G.I.P. et cela sans interruption depuis 1993.

Cette intervention directe du C.H.G.R. dans la gestion du G.I.P. se retrouvait également dans le rôle des services financiers de l'hôpital ². En effet, ceux-ci assuraient certains actes d'aide à la gestion du G.I.P. notamment au niveau du budget pour sa préparation, élaboration, présentation et suivi budgétaire ³.

Le C.A.T. était également dépendant du C.H.G.R. en ce qui concerne la fourniture de prestations comme l'eau et l'électricité, la blanchisserie et le traitement des déchets, les fournitures hôtelières et les communications téléphoniques. Ces prestations étaient refacturées au G.I.P.

B) des inquiétudes et handicaps économiques

Les inquiétudes concernent l'avenir de l'activité restauration.

En effet, l'activité "espaces verts" est depuis l'ouverture du C.A.T. en totale saturation. Compte tenu du décalage entre l'offre et la demande, le C.A.T. ne peut

¹ délibération prise lors de la réunion du Conseil d'Administration du G.I.P. en date du 19 mai 1993

² signature de l'avenant n°5 à la Convention de mise à disposition.

³ Cette prestation est re-facturée au G.I.P. sur la base de 0,5 % de son compte administratif.

satisfaire les demandes qui lui sont présentées et ne peut accueillir de nouveaux clients que sur la période d'hiver un peu moins chargée et dans le cadre de prestations ponctuelles.

En revanche, la situation de l'activité restauration, si elle dégage actuellement des résultats florissants, est dans un avenir proche confrontée à un risque de contraction importante de son chiffre d'affaires.

Cette activité a d'abord, à l'ouverture du C.A.T., consisté en une activité de portage de repas avec comme principal client un foyer d'hébergement accueillant des malades mentaux. Cette activité s'est ensuite développée avec l'obtention d'un nouveau marché constitué d'un C.A.T. réparti sur plusieurs sites.

En parallèle, un restaurant grill a ouvert en 1995, la clientèle étant composée des travailleurs du C.A.T., du personnel de l'hôpital travaillant sur le site du Placis Vert et d'une clientèle extérieure. Ce restaurant s'est à peu près stabilisé depuis l'ouverture autour d'une moyenne de 70 couverts par jour.

Les perspectives actuelles se traduisent par la perte certaine ou probable des deux gros clients ci-dessus.

En effet, l'Association gestionnaire du C.A.T. visé ci-dessus a pris la décision de créer une activité restauration et les repas seront donc dès 2004 fournis aux travailleurs par une cuisine interne. En ce qui concerne le deuxième client, les craintes, qui ne se sont pas encore concrétisées, portent sur la restructuration en cours d'établissements dépendant de la même entité, restructuration s'étant traduite par l'intégration d'une cuisine, ayant donc vocation à approvisionner l'ensemble du groupe.

Face à cette perspective, la réalisation d'une étude a fait ressortir que la perte de ces deux gros clients, si elle ne met pas en péril la viabilité économique de la structure se traduirait néanmoins par une contraction des trois quarts du chiffre d'affaires de la cuisine et une réduction d'activité concomitante des travailleurs affectés à cette activité. Une réaction à cette évolution est donc indispensable.

Par ailleurs, un examen plus global de la situation économique du C.A.T. fait apparaître certains handicaps.

Ainsi, la subordination du G.I.P. du Placis Vert vis à vis du C.H.G.R. s'est également traduite par le fait que le patrimoine foncier et immobilier occupé par le C.A.T. est demeuré la propriété exclusive de l'hôpital. Seul, le matériel, pour l'essentiel appartient au G.I.P. du Placis Vert.

Or, cette situation a pour inconvénient de ne pas permettre au C.A.T. de vendre son patrimoine et de racheter dans un environnement lui permettant de se rapprocher de ses clients et de rompre avec son isolement actuel.

Concernant l'activité plus spécifique de son restaurant grill, la proximité de la M.A.S. apparaît, de plus, comme un frein au développement d'une clientèle extérieure.

Cette situation est préjudiciable aussi bien en termes de résultats économiques mais aussi en termes d'ouverture et d'intégration sociales pour ses travailleurs. Un article du Monde publié en juin 2003 relatait l'expérience d'un bar parisien exploité par les travailleurs sourds d'un C.A.T. La localisation de ce bar, en plein cœur de la cité, ne peut être qu'un atout important en faveur de la socialisation de ces travailleurs.

2.2 Un bilan contrasté pour la M.A.S. du Placis Vert

2.2.1 Une transformation réussie dans l'espace et les activités d'animation

A) Un volet architectural et spatial bien intégré

Un des chapitres du projet de vie consiste à accompagner la transformation juridique d'un établissement sanitaire en Maison d'Accueil Spécialisée par un volet architectural.

Celui-ci a pour objectif, de traduire dans l'organisation de l'espace, la transformation d'un lieu de soins en lieu de vie.

Les principes, sur lequel s'appuie le projet architectural, visent à remodeler l'espace, dans le cadre de cette nouvelle logique, aussi bien à l'échelle du Centre du Placis Vert qu'à celle des unités de vie.

Ainsi, à l'entrée du site, un ensemble composé de trois bâtiments a vocation à constituer le centre névralgique de la M.A.S., lieu de socialisation et d'activités, commun à l'ensemble des résidents et susceptibles de servir de lieu d'accueil pour leur familles .

Le bâtiment administratif, outre le personnel strictement administratif, Direction comprise, accueille l'ensemble des professionnels exerçant des compétences sur l'ensemble du site : Directeur, Médecin psychiatre coordonnateur, Médecin somaticien, Cadre supérieur de santé, Assistant socio-éducatif, Psychologue. Il est, par excellence, le lieu d'échanges où la vie institutionnelle prend tout son sens et est, ponctuellement, investi par le personnel des unités, les résidents et leurs familles, à l'occasion des rencontres avec la structure.

Le bâtiment "activités" regroupe l'ensemble des activités proposées aux résidents en dehors de leurs unités. Il réalise à cette occasion un mixage des résidents et des personnels, dans un contexte enrichissant pour tous. Y sont pratiquées des activités variées qui vont de la menuiserie aux ateliers théâtre, conte, dessin, etc. Une coiffeuse-esthéticienne y propose également des prestations. Ce lieu est de plus en plus fréquenté, tant par les résidents que par les personnels.

Le bâtiment "cafétéria- animation", situé en face du bâtiment administratif, a servi pendant longtemps de réserve et était peu utilisé par les usagers du site. Dans le cadre du projet architectural, ce bâtiment a vocation à accueillir une cafétéria, qui sera accessible aux résidents et à leur famille, tous les jours de la semaine et le week-end¹. Il constituera donc le lieu clef de la convivialité pour l'ensemble de la M.A.S. Sa localisation à côté des bâtiment administratif et "activités" permet de circonscrire une place, qui a vocation à fonctionner comme une place de village, lieu de sociabilité pour l'ensemble de la M.A.S.

Le projet architectural, au niveau des unités, se place en cohérence avec ce schéma d'ensemble.

En effet, les travaux qui seront réalisés à l'occasion de l'extension et de la restructuration des trois premiers pavillons seront l'occasion de tourner ces unités vers ce centre névralgique.

Pour le reste, les principes du projet architectural pour le ré- aménagement des unités s'appuie sur la substitution d'unités de vie, de "maisons" où le résidant se sente bien à des unités d'hospitalisation.

A cette fin, quatre grands pôles ont été dessinés dans l'unité :

- le pôle accueil
- le pôle jour
- le pôle nuit
- le pôle équipe.

Le pôle "accueil" constitue l'entrée de la maison. Il comporte un petit salon permettant d'accueillir les familles et les visiteurs.

Le pôle jour s'organise autour d'un espace de restauration et de détente. L'espace détente comprend une salle d'activités où seront pratiquées les différentes animations proposées au sein de l'unité : activités plastiques, écoute musicale, etc. La salle à manger, dans l'espace restauration, peut également être utilisée pour d'autres activités que les repas : activités festives, cuisine, etc.

Le pôle nuit s'organise autour de 20 chambres individuelles qui, chacune, aura son bloc sanitaire avec WC, douche et lavabo ². Chaque chambre constitue l'espace personnel du résidant, dans lequel celui-ci pourra accueillir sa famille et ses proches. La surface est compatible avec ces objectifs puisqu'elle est d'environ 20 m2.

L'exposé des principes ci-dessus fait bien ressortir la traduction spatiale des orientations du projet de vie, tant en ce qui concerne les espaces individuels que les espaces collectifs, à l'intérieur et à l'extérieur des unités ³.

Les équipements collectifs sont naturellement communs à la M.A.S. de 160 lits et à son extension de 80 lits.

¹ Les travaux concernant ce bâtiment devraient débuter à la fin de l'année 2003.

² La demande de sanitaires individuels a été exprimée par les familles représentées au Conseil d'Etablissement et la Direction y a apporté une réponse favorable.

³ Les travaux, qui concernent dans un premier temps le bâtiment "cafétéria" et trois des unités, devraient s'étaler entre 2003 et 2007.

Parallèlement, les principes qui remodelent l'espace des unités de la M.A.S. de 160 lits seront pareillement transposés.

La question de la localisation de la M.A.S. sur le site du Placis Vert apparaît également comme un atout au sens où cette structure s'inscrit dans un ensemble plus vaste accueillant également le restaurant du C.A.T. et un centre équestre ouverts aux résidents mais aussi à une clientèle extérieure.

Au niveau du fonctionnement logistique, le Centre du Placis Vert bénéficie de la logistique du site principal (blanchisserie, restauration) permettant une rationalisation des moyens.

La question de la taille de la M.A.S., soulevée par l'arrêté préfectoral autorisant l'ouverture, pourrait donner lieu à des interrogations.

Il est exact que la position exprimée par le préfet n'est pas dénuée de fondement juridique puisqu'elle s'appuie sur deux circulaires ¹.

La circulaire du 28 décembre 1978 cite, parmi les conditions à remplir par les structures M.A.S., une taille raisonnable comprise entre 30 et 60 places. La circulaire du 20 décembre 1997, sans faire référence à un effectif quantifié, exclut néanmoins du champ social et médico-social des projets d'une capacité importante, qui ne seraient pas organisés en unités de vie distinctes et de dimension humaine.

Néanmoins, les différents arguments invoqués à l'appui de la localisation de la M.A.S. sur le site du Placis Vert nous paraissent l'emporter sur cette argumentation exclusivement juridique.

De plus, le rattachement du Centre du Placis Vert au C.H. "Guillaume Régnier" permet l'intégration de ses équipes médicales dans celles de l'hôpital ainsi que de son personnel dans les programmes de mobilité et de formation continue, lui permettant ainsi

¹ Circulaires en date du 28 décembre 1978 relative aux modalités d'application des dispositions de l'article 46 de la loi du 30 juin 1975 créant les Maisons d'Accueil Spécialisées et du 20 février 1997 relative aux conditions de création d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux par des établissements de santé.

d'échapper aux risques de fonctionnement autarcique et routinier qui guettent une structure de taille plus modeste et isolée.

B) un volet "animation" dynamique

Le volet "animation", qui correspond également à un des chapitres du projet de vie, apparaît comme un des volets où le personnel de la M.A.S., sous l'impulsion du cadre supérieur de santé, s'est particulièrement investi.

A ce titre, on peut distinguer :

- les activités de la vie quotidienne
- les activités et animations
- les activités extérieures
- les fêtes.

Si certaines des activités se déclinent spécifiquement au sein des unités (activités de la vie quotidienne), les autres peuvent être organisées concurremment par le Centre d'animation ou par chaque unité, ce qui contribue à créer une émulation dont bénéficient les résidants.

Les activités de la vie quotidienne, en particulier les temps forts comme les repas, les toilettes, sont particulièrement valorisées, à travers un contact privilégié entre le résidant et l'agent, où l'action "de prendre soin de" prend tout son sens. Dans l'optique d'une individualisation de la prise en charge, les levers, les toilettes et les petit-déjeuners sont échelonnés, en fonction des besoins et des aspirations des résidants. Par ailleurs, en fonction de leurs capacités, ceux-ci participent à la préparation des repas comme à l'entretien et à la décoration de leur "maison".

Afin de rythmer les journées et dans le but de briser la chronicité, diverses activités et animations sont proposées par les équipes aux résidants. Ces activités, dont le but est d'éveiller au désir et de procurer du plaisir, sont programmées sur une base individualisée, en fonction des aspirations et des potentialités de chaque résidant.

Les activités extérieures constituent un enjeu majeur, dans la mesure où elles inscrivent le résidant dans une dimension de citoyenneté, d'intégration plus large de celui-ci dans une communauté élargie, au delà des limites de la M.A.S. ¹.

Pour renforcer encore ce volet, il est envisagé, actuellement, la création, dans chaque maison, d'un référent "activité" dont le rôle serait de soutenir cet aspect de la prise en charge, en liaison avec le Centre d'animation.

Les fêtes peuvent être de nature institutionnelle, organisées à certaines périodes clef de l'année (carnaval, fête du printemps, la kermesse et Noël) ou plus spontanées, à l'occasion de tel ou tel événement (anniversaire, arrivée d'un nouveau résidant). Elles peuvent concerner le Placis Vert, dans son ensemble, ou être spécifiques à telle ou telle unité. Les fêtes sont toujours un moment de communication intense entre résidants et personnel et, en ce qui concerne notamment les fêtes institutionnelles, une ouverture sur l'extérieur est recherchée, avec une participation des familles et plus récemment de l'environnement local. Ainsi, depuis trois ans, la kermesse est ouverte au public, ce qui est un gage d'intégration supplémentaire des résidants dans leur environnement local ².

2.2.2 Une transformation inachevée

A) un projet de vie insuffisamment concrétisé

Le chapitre du projet de vie relatif au fonctionnement institutionnel avait pour objectif de favoriser la transversalité et la synergie multi-professionnelle.

Différents outils devaient concrétiser ces principes.

La mise en place d'un dossier unique par résidant dans l'unité de vie devait, à travers l'unicité du support d'information, favoriser le partage des informations entre professionnels et, donc, renforcer la cohérence de la prise en charge du résidant. Cet objectif, à ce jour, ne s'est pas concrétisé puisque coexistent deux dossiers du résidant,

¹ Celles-ci sont fréquentes et facilitées par la mise à disposition d'un minibus pour deux unités.

² La kermesse fait l'objet de la publication d'un article dans Ouest France

celui situé au bâtiment administratif et utilisé par l'équipe de Direction de la M.A.S. et celui situé dans l'unité de vie et alimenté au quotidien par les équipes.

Le souci de transversalité devait également se traduire dans des temps d'échanges et de partage des pratiques professionnelles au sein de l'institution.

Or, si des institutions comme le Conseil de la M.A.S. ont relativement bien fonctionné et permis un échange régulier entre les membres de l'équipe de Direction issus d'une pratique professionnelle distincte (cadres de santé, psychologue, médecin psychiatre et médecin somaticien, assistant socio-éducatif), les échanges entre unités sur leurs pratiques professionnelles étaient, encore récemment, restés limités, en dehors des réunions des cadres de santé des différentes unités avec le cadre supérieur de santé.

Cette observation est néanmoins à nuancer fortement du fait d'une politique de mobilité favorisant le brassage du personnel. Ainsi, tous les ans environ un tiers du personnel change de maison.

De plus, elle aurait même perdu une grande part de sa pertinence puisque, depuis le printemps 2003, deux groupes de travail inter- professionnels et inter- maisons ont été créés, l'un sur les métiers et l'autre sur l'animation et les activités.

En ce qui concerne l'objectif affiché d'une prise en charge plurielle des résidents, la réalité est restée également en deçà des orientations du projet de vie.

En effet, la prise en charge plurielle devait inclure plusieurs dimensions :

- une dimension médicale,
- une dimension paramédicale
- une dimension psychologique
- une dimension sociale
- une dimension éducative.

Dans le contexte actuel, la prise en charge médicale et paramédicale, celle-ci incluant une prise en charge en kinésithérapie et en psychomotricité, apparaît la plus satisfaisante.

C'est, en effet le volet où l'appartenance au Centre Hospitalier "Guillaume Régnier" permet à la M.A.S. de profiter d'un plateau technique performant, ce qui est déjà

vrai pour la première tranche de transformation correspondant aux 160 places mais plaide fortement en faveur de l'implantation de la seconde tranche de 80 places sur le site du Placis Vert.

Les résidants de la M.A.S. du Placis Vert sont également des patients présentant des troubles psychiques et somatiques importants, même s'ils sont stabilisés. Grâce au plateau technique médical, ils sont sûrs de trouver, sur place et en permanence, les soins dont ils ont besoin, ce qui fait souvent défaut dans des structures médico-sociales plus classiques, qui sont obligées d'aller chercher à l'extérieur les compétences qui leur font défaut et, donc, qu'elles ont du mal à mobiliser.

La prise en charge psychologique qui, au regard des orientations affichées, devait intervenir à un niveau individuel, auprès des résidants, en fonction des besoins exprimés, et, à un niveau institutionnel, ne se traduit qu'imparfaitement dans la deuxième acception.

La psychologue prend, certes, une part active à la définition des orientations de l'institution comme elle participe à l'élaboration plurielle des projets de prise en charge. En revanche, elle n'intervient pas auprès des équipes, dans le cadre d'une analyse des pratiques. Or, l'existence de ce type d'intervention nous paraît indispensable dans une structure fortement exposée au "burn out" ¹.

Pour autant, on peut s'interroger sur le fait de savoir si le recours à une prestation extérieure ne doit pas être privilégié par rapport à une prestation interne. C'est un point sur lequel je reviendrai ultérieurement.

La prise en charge sociale paraît bien assumée par une assistante sociale compétente et bien investie dans l'institution.

La prise en charge éducative, en revanche, est totalement absente, malgré une expérience brève et malheureuse de recrutement d'une éducatrice contractuelle en 2002. Or, l'intégration de personnel éducatif dans l'institution, à différents niveaux (A.M.P.,

¹ cette notion a été conceptualisée aux Etats-Unis par Ayala Pines et introduite depuis quelques années en France pour décrire le phénomène de lassitude et d'épuisement professionnels ressentis par le personnel travaillant dans des institutions spécialisées, notamment au contact de personnes lourdement handicapées

éducateurs,...) s'impose, si on veut inclure, dans la prise en charge des résidents, une dimension réellement éducative. C'est un point sur lequel il me faudra revenir également.

B) d'autres interrogations

Les interrogations soulevées par l'insuffisante concrétisation du projet de vie ne rendent pas compte, à elles seules, de toutes les questions que l'on peut se poser, à propos du projet de transformation.

Ainsi, à notre avis, la question de l'autonomie et du type de Direction mérite également d'être abordée, en ce qu'elle est susceptible de faciliter la transformation de la M.A.S. en établissement médico-social .

3 PROPOSITIONS D'APPROFONDISSEMENT

3.1 Les données spécifiques au C.A.T. et à la M.A.S.

3.1.1 Affirmer sa capacité d'action pour le C.A.T.

A) un projet d'autonomisation et de structuration

Des évènements extérieurs ont contraint le G.I.P. du Placis Vert à mener récemment une réflexion sur sa structuration.

En effet, lors de son dernier contrôle, la Chambre Régionale des Comptes, a fait une observation relative à l'autonomie de façade du G.I.P. du Placis Vert vis à vis du C.H.G.R. mettant en cause l'implication de son Directeur dans son fonctionnement ¹.

En conclusion, elle préconisait soit une intégration du C.A.T. du Placis Vert comme un service relevant de l'hôpital soit une opération de redéploiement en direction du secteur médico-social mettant fin aux liens avec le C.H.G.R.

¹ le délibéré en a eu lieu le 5 octobre 2001

A la suite de ces observations, un rapport était soumis au Conseil d'Administration du G.I.P. du Placis Vert, lors de sa séance du 21 juin 2002. Celui-ci préconisait un transfert de la gestion du C.A.T. "Les Maffrais" à l'Association "Le Domaine", gestionnaire du C.A.T. de Châteauneuf d'Ille et Vilaine, seul autre C.A.T. d'Ille et Vilaine destiné aux malades mentaux. L'hypothèse d'une intégration du C.A.T. dans l'hôpital n'était pas examinée du fait du fonctionnement du budget de production et de commercialisation pour lequel un passage en comptabilité publique aurait été délicat.

Une Convention visant, notamment, à garantir au C.A.T. la spécificité de la prise en charge et le maintien du protocole médical actuel devait néanmoins être établie ¹.

Or, malgré de nombreux contacts, les deux partenaires ne parvenaient pas à s'entendre.

En effet, en ce qui concerne l'hôpital, le transfert de la gestion du C.A.T. "Les Maffrais" ne devait pas remettre en cause la spécificité de sa prise en charge ainsi que l'autonomie de direction qui en était la garantie.

De son côté, l'Association "Le Domaine" se déclarait prête à une révision éventuelle de ses statuts, laquelle aurait pu intégrer l'expérience particulière du C.A.T. "Les Maffrais". En revanche, elle lui déniait toute autonomie de fonctionnement dans le nouvel ensemble qu'elle aurait constitué. De plus, elle ne cachait pas que l'évolution du C.A.T. se ferait dans le sens de la privatisation de ses emplois, ce qui n'était acceptable ni pour le personnel du C.A.T. ni pour les instances de l'hôpital.

Face à cette impasse, l'examen d'une solution alternative devenait nécessaire et une nouvelle proposition a été élaborée.

Celle-ci, qui a vocation à s'appliquer à compter du 1^{er} janvier 2004, présente les traits principaux suivants.

La formule du G.I.P. est maintenue.

¹ Un premier projet de Convention a été élaboré début septembre 2003 puis un second document de synthèse a été soumis à la séance du Conseil d'Administration du G.I.P. le 31 octobre 2002

En effet, la souplesse de son mode de fonctionnement qui permet notamment d'associer personnes morales de droit public et personnes morales de droit privé est, en la circonstance, intéressante. De plus, de par son caractère protéiforme, à mi-chemin entre le droit public et le droit privé, sa compatibilité avec une comptabilité privée constitue un autre avantage.

La Convention constitutive serait modifiée sur plusieurs points, en particulier l'abandon de son poste de premier Vice-président du G.I.P. par le directeur du C.H.G.R. et la suppression de l'intervention de la Direction des services financiers du C.H.G.R.

Les modifications suggérées ci-dessus ne peuvent être réalisées qu'au prix d'un renforcement effectif du pôle administratif et de gestion impliquant le recrutement d'un Directeur.

Compte tenu de la nature de la structure (C.A.T.) et du fait du statut du personnel, le choix s'est porté sur un Directeur d'établissement social public ¹ recruté par le C.H.G.R. et mis à disposition au G.I.P ².

L'intégration d'un Directeur au C.A.T. "Les Maffrais" implique, pour une période transitoire, une cohabitation entre celui-ci et le Directeur actuel faisant fonction, laquelle devrait être limitée dans le temps compte tenu du prochain départ en retraite de ce dernier.

Par ailleurs, compte- tenu de la qualité du nouveau Directeur, celle-ci ne présente pas seulement comme intérêt le renforcement du pôle administratif et de gestion mais permet aussi l'émergence d'une nouvelle logique, une logique sociale face à la logique sanitaire.

En effet, s'il n'est pas question de remettre en cause les acquis du C.A.T. liés à son appartenance au champ de la santé mentale, en matière d'insertion notamment, acquis qu'il est nécessaire, au contraire, de préserver, elle présente, notamment, l'avantage de renforcer l'identité médico-sociale du C.A.T. ³.

¹ au sens du décret n°2001-1345 du 28 décembre 2001 (J.O. du 30.12.01)

² Le coût de ce recrutement peut tout à fait être supporté par le budget d'activité sociale compte tenu de son excédent.

³ ce point sera revu dans la troisième partie "L'approfondissement des liens avec l'environnement médico-social et local"

La mise en place du nouveau schéma ci-dessus intervient dans un contexte favorable marqué par l'extension du C.A.T. dont la capacité a été portée de 30 places à 35 places en 2002 puis à 40 places en 2003 ¹.

Cette extension permet la création d'un nouvel atelier "Conditionnement" d'une capacité de 13 places (aux 10 nouvelles places s'ajoutent 3 réorientations de travailleurs de la cuisine).

Cette création sera suivie de la construction d'un bâtiment destiné au rangement des véhicules et du matériel de l'activité "espaces verts" et d'un réaménagement des locaux administratifs.

Dans ses locaux étendus et rénovés, le C.A.T. sera à même de faire face à son extension et à son autonomisation.

Le projet d'autonomisation du C.A.T. a néanmoins suscité certaines interrogations au niveau du personnel, au sujet principalement de la cohabitation des deux directeurs. L'extension combinée à l'autonomisation a fait aussi apparaître des craintes sur les moyens administratifs qui pourraient être sous-dimensionnés par rapport aux besoins. Un inventaire précis en sera effectué lors de la mise en place de la nouvelle structuration.

B) Lutter contre la régression économique

La relance de l'activité économique du C.A.T. passe obligatoirement par le redressement de l'activité restauration.

En ce qui concerne le développement de la clientèle du restaurant qui constitue une première alternative au déclin de l'activité de portage, le constat est vite apparu d'un positionnement incertain du restaurant vis à vis de ses concurrents.

Un certain nombre d'axes de travail ont donc découlé de ce constat.

¹ Longtemps pénalisée par la priorité donnée à la résorption des amendements Creton, il est assez probable que l'extension du C.A.T. se poursuive en 2004

En conséquence, il a été décidé de procéder à des visites de restaurants et entretiens avec des Responsables de cuisine d'autres C.A.T. présents sur le département d'Ille et Vilaine. Ces visites permettront de mieux cerner les atouts et les faiblesses du restaurant du C.A.T. "Les Maffrais".

De plus, en fonction du contexte du restaurant, elles peuvent permettre de vendre l'activité de portage du C.A.T. "Les Maffrais". Ainsi, lors de rencontres avec des Responsables d'un C.A.T. de l'agglomération rennaise, il est apparu que cet établissement qui avait développé toute une offre de restauration en complément de location de salles de réunion et /ou de visite de jardins, pouvait être intéressé par des livraisons de repas en haute saison.

Dans un deuxième temps, une enquête de satisfaction devra être réalisée auprès de la clientèle du restaurant, en particulier de la clientèle externe qu'il conviendrait de développer. Cette enquête permettra de mieux connaître le profil des clients ainsi que leurs attentes.

Parallèlement, une enquête de notoriété pourrait être réalisée auprès d'acteurs locaux (politiques, entreprises et Associations) des deux communes entre lesquelles se trouve localisé le C.A.T. En effet, cette proposition repose sur le constat suivant :

- l'étude comparée des atouts et des faiblesses du restaurant fera sans doute ressortir le handicap de sa localisation, tant en ce qui concerne sa distance aux grands axes et zones d'emploi que du fait de sa proximité étroite avec la M.A.S.,
- il existe une possible méconnaissance de l'existence du restaurant, du fait de son ouverture postérieure à celle du C.A.T. (pas de signalisation à distance) et d'interrogations probables quant à son accessibilité à une clientèle extérieure.

Par la suite, lorsque la phase d'étude sera terminée, un scénario de relance sera élaboré, incluant notamment la définition d'une cible prioritaire en termes de clientèle locale et la redéfinition de la politique tarifaire et commerciale. Cette dernière est, en effet, organisée autour de deux tarifs, selon que la clientèle est interne ou externe. Or, il paraît important de fidéliser la clientèle externe par des formules attractives.

Dans le cadre d'une promotion commerciale du C.A.T., la réalisation d'une plaquette sera sans doute également nécessaire.

En ce qui concerne l'activité de portage de repas, quelques axes de travail ont été ébauchés.

Ainsi, d'une manière un peu similaire à la démarche employée pour le restaurant, il a été suggéré que le C.A.T. "Les Maffrais" se rapproche d'autres C.A.T. présents sur cette activité pour les questionner sur leurs pratiques.

Par ailleurs, la solution de la sous-traitance soit auprès de C.A.T. exploitant un restaurant (exemple cité ci-dessus), soit auprès de sociétés de restauration collective devra être systématiquement exploitée.

De plus, l'idée de recherche d'un lieu où serait concentrée la distribution de repas a également été évoquée, à l'exemple de Graine d'appétit, société nouvellement créée sur Rennes. Cette piste présente, en outre, l'avantage d'offrir aux travailleurs du C.A.T. un lieu de travail différent, qui pour des raisons de proximité avec la clientèle, devrait être suffisamment central. Sur ce point, l'intérêt économique rencontrerait l'intérêt en termes d'intégration sociale des travailleurs.

Enfin, l'idée d'une prospection un peu systématique sur certains types de clients comme les acteurs du champ sanitaire et social ou les entreprises sur certains bassins d'emploi a également été soulevée.

En revanche, l'idée de confier la restauration de la M.A.S. du Placis Vert au C.A.T. apparaît, en première analyse, comme une fausse bonne idée : séduisante sur un plan économique, elle offre, par contre, comme gros inconvénient d'enkyster le C.A.T. dans l'hôpital au lieu de l'ouvrir sur l'extérieur.

La création de l'atelier "conditionnement" participe également d'une manière importante au redressement économique du C.A.T. En ce qui concerne la création de cette activité, la réflexion a surtout porté sur la recherche d'une meilleure connaissance des clientèles possibles, au delà de celle des imprimeurs.

Au delà de cet objectif, il s'agira surtout pour le C.A.T. de se faire connaître au regard de sa nouvelle activité plutôt que de démarcher de nouveaux clients. En effet, il est sans doute plus intéressant, dans un premier temps, de s'employer à satisfaire des standards rigoureux de qualité et de délais auprès d'un partenaire privilégié, un C.A.T. de

l'agglomération rennais¹, et de ne chercher à diversifier la clientèle que dans un deuxième temps.

La relance économique du C.A.T. impose que l'on aborde impérativement la question des moyens.

A mon sens, compte tenu d'un temps limité en disponibilité Directeur ou moniteur, il serait très intéressant de faire appel à un stagiaire d'école de commerce, auquel pourraient notamment être confiées des missions de prospection, missions particulièrement exigeantes en temps.

Des démarches ont été faites auprès de plusieurs écoles de commerce et il ressort de ces contacts qu'un stagiaire pourrait être accueilli au C.A.T. lors du premier semestre 2004.

Un accueil dans des conditions satisfaisantes (avec octroi d'un bureau et d'un ordinateur) est néanmoins subordonné à l'achèvement des travaux correspondant au renforcement du pôle administratif.

C) exploiter davantage certaines capacités

Le C.A.T. accueille actuellement des stagiaires d'origine diverse (personnes proposées par des Instituts médico-éducatifs (I.M.E.), handicapés mentaux en attente d'orientation C.O.T.O.R.E.P.) afin d'évaluer leurs capacités professionnelles. Cette action faisait partie des axes à développer dans le cadre du projet d'établissement adopté en 1996.

Cette orientation serait, à mon sens intéressante à développer, compte tenu du déficit de dispositifs de pré-orientation en faveur des personnes handicapées et, plus encore, des malades mentaux, et de la priorité qui devrait être attribuée aux besoins de formation professionnelle, dans le cadre de la révision de la loi de 1975.

¹ La S.A.C.A.T. ayant réalisé une petite activité de sous-traitance dans le cadre d'un partenariat privilégié avec un C.A.T., celui-ci devrait être développé avec la création de l'atelier "Conditionnement"

Dans le même projet d'établissement, la création d'un service d'accompagnement était également évoquée. La proposition était constituée par la création d'un mi- temps infirmier et d'un mi- temps Assistante sociale au lieu du 0,1 infirmier E.T.P. actuel afin d'améliorer le suivi des travailleurs après leur insertion en milieu ordinaire. Cette orientation me paraît également intéressante à reprendre.

3.1.2 Le défi principal de l'adaptation des qualifications des personnels pour la M.A.S.

A) relever le défi de l'éducatif

La prise en charge de personnes lourdement handicapées au sein d'une M.A.S. suppose, à côté de techniques thérapeutiques, la mise en œuvre de méthodes éducatives ayant comme finalité le renforcement de l'autonomie des usagers, la prévention des régressions et la socialisation.

Il existe plusieurs méthodes éducatives adaptées aux personnes polyhandicapées.

Je me contenterai de citer, en en résumant les principales caractéristiques, celles qui sont les plus connues.

Ainsi, la méthode Snoezelen, utilisée essentiellement auprès d'enfants et d'adultes handicapés mentaux graves et élaborée dans les années soixante-dix aux Pays Bas, vise à développer les capacités sensorielles et relationnelles des sujets auxquels elle s'applique.

La stimulation basale, méthode plus récente, élaborée par un psycho-pédagogue allemand Andréas Froëlich, utilise auprès du même type de population des méthodes proches avec des finalités voisines.

La méthode TEACCH, programme éducatif destiné aux enfants autistes et appliqué dans plusieurs Etats américains, défend une approche purement éducative de l'autisme visant à une autonomisation maximale du sujet au sein de son environnement.

L'application de ces méthodes à la M.A.S. du Placis Vert suscite l'intérêt des professionnels concernés qui s'inspirent dans leur prise en charge de certains de leurs principes.

En outre, celle-ci, si elle vise à accroître l'autonomie des usagers et prévenir leurs régressions, tend également à améliorer leur bien-être.

Le concept de qualité de vie, concept importé d'Amérique du Nord et ayant suscité tout un courant de réflexion en Europe dans les années quatre-vingt-dix, prend un sens particulier concernant la situation de personnes lourdement handicapées. En effet, contrairement à certains sujets de l'action sociale pour lesquels la prise en charge vise à les inscrire dans une démarche d'acquisition d'une autonomie effective (c'est par exemple le cas pour les personnes prises en charge dans le cadre des dispositifs de lutte contre l'exclusion sociale), celle en faveur de personnes polyhandicapées se voit attribuer aussi, voire surtout, comme finalité de leur assurer la meilleure qualité de vie possible.

La mise en œuvre de ces méthodes suppose du personnel compétent et convenablement formé ¹.

Or, la structure du personnel de la M.A.S., si elle présente certaines caractéristiques favorables est marquée également par des insuffisances.

Ainsi, si on raisonne en termes de ratios de personnel par rapport au nombre de résidents, celui-ci est de 1,1, soit un ratio analogue à celui que l'on rencontre dans les M.A.S. Parallèlement, la comparaison avec un service de psychiatrie fait ressortir une proportion d'aide-soignants et d'aides médico-psychologiques (A.M.P.) supérieure.

En revanche, par comparaison avec les standards de personnel communément rencontrés en M.A.S., la proportion d'A.M.P. et d'éducateurs spécialisés est insuffisante. En ce qui concerne cette dernière catégorie de personnel, elle est même tout à fait absente.

L'accroissement du nombre d'A.M.P. au sein du personnel de la M.A.S. constitue donc un enjeu tout à fait fondamental.

En effet, la qualification de celles-ci est tout à fait adaptée au projet d'adaptation de la prise en charge des résidents prévu par le projet de vie de la M.A.S. Celle-ci est essentiellement centrée sur l'acquisition de techniques d'aide à la vie quotidienne, incluant une dimension d'animation. De ce fait, les A.M.P. exercent surtout leur activité professionnelle auprès des personnes âgées ou handicapées les plus dépendantes.

Alors que le nombre d'A.M.P. était récemment encore très limité, sept nouvelles A.M.P. ont été recrutées depuis le début de l'année dont deux par redéploiement de postes d'infirmiers. Un objectif de mixage des qualifications d'aide-soignantes et d'A.M.P. a été fixé dans le cadre du dépôt du projet d'extension de la M.A.S. Compte tenu de la pathologie lourde des résidents, le maintien d'une proportion significative d'aide-soignants est cependant indispensable.

En ce qui concerne les éducateurs, un recrutement a eu lieu au lendemain de la transformation mais celui-ci n'a pu être pérennisé. Deux nouvelles éducatrices devraient être intégrées en septembre 2004. Elles seraient surtout positionnées au niveau du Centre d'animation.

Il est à noter cependant que la pénurie d'éducateurs à la M.A.S. du Placis Vert n'est pas un phénomène spécifique à cette institution mais se retrouve d'une manière générale dans ce genre d'institution. En effet, ceux-ci, par goût et tradition et malgré une réforme récente de leur cursus de formation, se tournent préférentiellement vers le secteur de l'enfance et, plus récemment, vers celui de l'exclusion. Leur intégration dans le secteur des adultes lourdement handicapés est donc très récente et encore faible.

De plus, leur nombre et positionnement au sein de la M.A.S. fait question.

En effet, faut-il en intégrer un ou deux et les positionner au niveau du Centre d'animation ? Ou faut-il prévoir un recrutement plus important avec la présence d'un éducateur au moins par maison ?

Ma préférence irait en faveur de la seconde solution.

¹ La mise en œuvre de ces méthodes suppose aussi l'acquisition de matériel pédagogique approprié, lequel est très onéreux. Ce point pose problème compte tenu de la lourdeur des investissements en cours à la M.A.S. et plus encore dans le cadre de l'extension.

En effet, si on veut mettre en place une véritable prise en charge plurielle du résidant, avec intégration d'une dimension éducative effective, la présence d'un éducateur s'impose, lors de la construction des projets individuels de prise en charge. En outre, si on veut que celui-ci soit plus qu'une simple caution éducative au projet institutionnel de la M.A.S., il faut qu'il soit impliqué au quotidien dans le fonctionnement de chaque maison.

Faudrait-il aller encore plus loin en lui donnant un positionnement hiérarchique ?

C'est en tout cas ce qui a été fait à la M.A.S. de St James (50), M.A.S. également rattachée à un Centre hospitalier, laquelle a confié la direction de ses unités à des éducateurs. Il est vrai que celle-ci a un passé éducatif beaucoup plus important puisque la M.A.S. a été créée à partir d'un ancien I.M.E.

En ce qui concerne l'évolution du personnel de la M.A.S., notamment dans le cadre d'une politique de mobilité au niveau de l'hôpital, une comparaison paraît utile avec celle constatée au C.A.T. "Les Maffrais". Dans cet établissement, des agents de l'hôpital avec des qualifications techniques (cuisinier, jardinier,...) ont intégré le C.A.T. où ils ont suivi avec succès des formations de moniteur d'atelier et, pour certains d'entre eux, d'éducateur technique spécialisé.

Les intéressés ont conscience d'avoir changé complètement de filière professionnelle et se réjouissent de cette évolution qu'ils ont vécue comme un enrichissement. Par contre, il paraît clair qu'un retour à l'hôpital sera compliqué par l'acquisition de ces nouvelles qualifications. En sens inverse, compte tenu des distances de profil et de qualification, le C.A.T. éprouve de plus en plus de mal à recruter au sein de l'hôpital.

En ce qui concerne la M.A.S., cette évolution ne devrait pas se présenter dans les mêmes termes. En effet, on peut penser que l'hôpital sera concerné par une influence croissante du médico-social dans la prise en charge de ses patients et que, dans le secteur sanitaire, la palette des outils est telle que l'intégration d'éducateurs et d'A.M.P. sera plus vécue comme une richesse que comme un handicap. De plus, les besoins de la M.A.S. sont tels que la difficulté ne devrait pas se poser rapidement.

Outre, l'adaptation des qualifications du personnel, un effort important en matière de formation continue s'impose pour adapter les pratiques du personnel en place.

La Direction de l'établissement n'a pas ménagé ses efforts en la matière. Les sujets ont été variés mais s'inscrivent tous dans la dynamique de transformation en cours.

Quoiqu'il en soit, il est important de ne pas négliger le fait que l'adaptation des qualifications du personnel de la M.A.S. est un sujet sensible tant au niveau de l'établissement qu'à celui de l'hôpital. En effet, un des problèmes rencontrés par la Direction du Placis Vert, lors de la transformation, a été le sentiment que cette opération entraînait une déqualification pour le personnel.

Ainsi, le passage du sanitaire au médico-social a été vécu comme le passage d'un secteur, fier de ses traditions et compétences, à un environnement où l'image de l'asile n'était pas loin.

De plus, ce sentiment est peut-être encore plus fort en C.H.S. où la suppression du diplôme spécifique d'infirmier en psychiatrie en 1994 a pu être vécue comme une certaine dévalorisation de la qualification propre à ce métier. Cette suppression tendait à faire de l'hôpital général la voie royale et du C.H.S. une pratique de seconde zone. Si on ajoute la distinction au sein de la psychiatrie entre les services de psychiatrie aiguë (services nobles) et ceux où on soigne les patients au long cours (services à tendance asilaire), on comprend mieux sur quel terreau les malentendus à propos de la transformation ont pu se développer.

Un tel contexte, fortement relayé au niveau des syndicats présents dans les instances de l'hôpital, impose une pratique déterminée dans la fixation des grandes orientations mais d'une grande prudence dans sa mise en oeuvre.

B) d'autres chantiers

Pour remédier au phénomène du "burn out", la mise en place d'une supervision extérieure est sans doute une meilleure solution que celle qui consisterait à confier cette mission à la psychologue de la structure.

En effet, l'apport d'une supervision est de permettre de libérer la parole de l'équipe, de la faire réfléchir sur les divergences d'approches entre plusieurs agents, d'évacuer la souffrance ressentie face à des échecs de prise en charge. Contribuant à la

constitution d'un véritable savoir faire professionnel, elle revalorise celui-ci et lutte contre le sentiment de déqualification qui guette le personnel d'une M.A.S. ¹.

L'avantage du recours à une médiation extérieure est d'affranchir l'expression des agents de tout contrôle hiérarchique.

En ce qui concerne la structuration administrative actuelle de la M.A.S., qui se présente sous la forme d'un établissement annexe du C.H.G.R. dirigé par une Directrice d'Hôpital également en charge de la qualité pour l'ensemble de l'hôpital, elle ne constitue pas à mes yeux une anomalie rapportée à l'état d'avancement du projet de transformation.

En effet, compte tenu de l'ampleur des transformations en cours, que celles-ci aient trait à la restructuration architecturale de la première tranche, à l'implantation de la deuxième tranche sur le site du Placis Vert ou au défi que représente l'adaptation des qualifications, une autonomisation hâtive représenterait une étape impossible à "digérer" dans le contexte actuel. A contrario, dans l'avenir, on ne peut que souhaiter que la M.A.S. du Placis Vert évolue vers une autonomie croissante vis à vis du C.H.G.R.

3.2 Les données communes au C.A. T. et à la M.A.S.

3.2.1 L'approfondissement de la place des usagers

A) améliorer la représentation et l'implication des usagers

Les droits actuellement applicables aux travailleurs du C.A.T. sont définis dans deux documents : le Règlement intérieur de l'établissement et des règles relatives à la politique de rémunération (ex. application des congés annuels et pour événements familiaux prévus par la réglementation pour les salariés, augmentation du salaire direct en fonction de l'ancienneté et de l'évaluation du travailleur).

¹ ce thème est abordé par Daniel BRANDEHO dans son mémoire "le soutien et la promotion de l'image de l'institution : remèdes au phénomène d'usure en M.A.S.", Rennes, 1989

En revanche, il n'existe actuellement aucun mécanisme de représentation collective des travailleurs. La réglementation relative au Conseil d'établissement, antérieure à la loi du 2 janvier 2002, n'a jamais été appliquée ¹. Il faut sans doute voir dans cette situation un effet de la subordination juridique du C.A.T. et du G.I.P., son organisme gestionnaire, vis à vis du C.H.G.R.

Or, il me paraît que l'application du droit des usagers en ce qui concerne les travailleurs du C.A.T. doit aller au delà de l'application du Code de l'action sociale au regard duquel ils sont considérés comme des usagers.

Elle doit, en effet à mon sens, également intégrer l'application de dispositions du Code du Travail, seules susceptibles de leur reconnaître leur qualité de producteurs. En effet, bien que les travailleurs du C.A.T. n'aient pas le statut de salariés et ne bénéficient pas des dispositions du Code du Travail, hormis celles relatives à l'hygiène et sécurité et à la médecine du travail, il me semble utile, à titre volontaire, de leur appliquer une partie de ses dispositions, sous réserve d'adaptations.

Ainsi, une institution analogue à celles des Délégués du personnel ², dont la mission est de présenter à l'employeur toutes les réclamations individuelles et collectives, relatives aux conditions de travail et d'emploi des salariés, pourrait être mise en place dans chacun des ateliers, soit la mise en place de trois instances dans les ateliers "espaces verts" et "restauration" ainsi que dans le nouvel atelier "Conditionnement". La périodicité qui est mensuelle pour les délégués du personnel serait sans doute à espacer : trimestrielle ou semestrielle. Les délégués devraient être élus et, compte tenu de la faiblesse des effectifs concernés mais aussi pour garantir la pérennité de l'institution, la désignation d'un délégué titulaire et d'un délégué suppléant paraît suffisante.

En complément de cette institution et, conformément à la loi du 2 janvier 2002, serait mis en place un Conseil de la vie sociale, lequel sera habilité à donner son avis et faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement, notamment sur le projet d'établissement, l'organisation et la vie interne de l'établissement.

¹ décret n°91-1415 du 31 décembre 1991

² articles L 421-1 et suivants du Code du Travail

L'articulation entre cette instance et celle des Délégués ne paraît pas plus difficile à réaliser que celle qui existe dans l'entreprise entre le Comité d'entreprise et les Délégués du personnel, le Conseil de la vie sociale ayant vocation à être saisi des questions générales intéressant l'organisation et le fonctionnement de l'établissement alors que les réunions de délégués devraient traiter de questions spécifiques à tel ou tel atelier.

Au niveau de la M.A.S., la situation est très différente puisqu'a été mis en place dès 1996 un Conseil d'établissement dont la composition devra uniquement être revue pour être mise en conformité avec la nouvelle réglementation sur le Conseil de la vie sociale.

L'ancienneté et le dynamisme de cette institution au niveau de la M.A.S., contrairement au C.A.T., sont à mettre en relation avec le poids de la structure, son intégration complète dans l'hôpital en tant qu'établissement annexe et, enfin, l'implication forte des familles dans le fonctionnement de la structure.

Parallèlement à ces mécanismes collectifs, une implication individuelle de l'utilisateur dans sa prise en charge est à rechercher dans la mesure du possible.

Cet objectif semble naturellement plus facile à réaliser dans le cas des usagers du C.A.T. que pour ceux de la M.A.S. Pour autant, s'agissant d'adultes lourdement handicapés, la recherche de leur association à leur prise en charge devra être systématisée, tant il est vrai que, si nos moyens de compréhension à leur égard sont limités, leur intelligence des situations est peut-être supérieure à ce que nous en percevons.

La concrétisation de leur implication pourra se faire à travers leur participation aux réunions de synthèse mais aussi à travers la signature du contrat de séjour prévu par la loi du 2 janvier 2002. A chaque inflexion importante de la prise en charge, un avenant devra être signé. A défaut, l'implication du tuteur devra être systématiquement recherchée.

L'affirmation des principes ci-dessus ne me paraît pas contradictoire avec l'application des régimes d'incapacité mis en place par la loi du 3 janvier 1968.

En effet, la moitié des travailleurs du C.A.T. n'est soumise à aucune incapacité juridique.

Pour les autres, la réforme des dispositifs actuels de protection ¹, actuellement en butte à de fortes critiques en raison de l'opacité, automaticité, du caractère non révisable ni individualisé des mesures, devrait se traduire par un accroissement de l'autonomie des bénéficiaires.

B) faire une place croissante aux familles

Dans le cas de la M.A.S., une enquête réalisée en juin 2002 sur les huit pavillons permet d'analyser le type de relations entre les résidents et leurs familles.

Ainsi, si près de 87 % des résidents ont de la famille, les contacts ne sont maintenus avec celle-ci qu'à hauteur de 77 % et, surtout, seulement 49 % des résidents retournent dans leur famille.

Si le handicap sévère peut apparaître un frein à ce retour, l'âge des résidents, et par effet de conséquence, celui de leurs parents, paraît le facteur le plus discriminant. Ce sont les pavillons où l'âge moyen est le plus bas qui connaissent les plus forts retours. Le vieillissement des parents, voire leur disparition avec difficulté de relève par les frères et sœurs, se montre préjudiciable au maintien de liens étroits.

Il y a dans cette situation une évolution inéluctable qui ira dans le sens d'une distension progressive des relations des résidents avec leur famille.

L'affirmation d'une politique cherchant à contrecarrer les effets de cette évolution est donc d'autant plus impérative.

Le maintien des acquis s'impose, en premier lieu, et, notamment, le fait que les familles soient déjà bien impliquées dans le fonctionnement de l'institution. Elles sont en effet actuellement bien représentées au sein du Conseil d'établissement et participent à la kermesse annuelle organisée par l'établissement.

¹ conclusions du Rapport FAVARD et recommandations du Conseil de l'Europe en date du 23 février 1999

Le volet architectural du projet de vie s'est attaché à renforcer leur présence physique dans l'établissement. Ainsi, dans un avenir proche, elles pourront fréquenter l'établissement sur une base plus régulière, à travers l'inauguration du bâtiment "cafétéria" qui leur sera plus spécifiquement réservé. La création de chambres individuelles d'une surface raisonnable (20 m²), dans le cadre de la restructuration architecturale en cours, a aussi pour objectif de permettre au résidant de recevoir sa famille dans un espace qui lui est personnel.

Néanmoins, un renforcement supplémentaire des liens avec les familles pourrait être recherché à travers une association plus étroite de celles-ci aux fêtes et animations organisées par le personnel au profit des résidants ainsi qu'une diversification des formules d'accueil temporaire des résidants au sein des familles pour celles qui en expriment le désir.

Enfin, elles devraient être associées plus étroitement à la construction du projet individuel de prise en charge de leur enfant. Actuellement, il semble que l'on se soucie davantage de la concertation avec les familles au moment de l'admission et qu'elles soient un peu oubliées ensuite. Même si elle se réalise, quand même, au travers d'entretiens avec le Médecin psychiatre, elle gagnerait à être systématisée.

En ce qui concerne les résidants pour lesquels le lien avec la famille est rompu ou distendu, il serait intéressant de mettre en place un système de parrainage. En effet, s'agissant de personnes pour lesquelles un espoir de sortie de l'institution est quasiment nul, hormis leur décès, l'intervention d'un tiers dans leur existence paraît d'une richesse inestimable malgré tous les efforts du personnel en matière d'animation.

En ce qui concerne le C.A.T., la problématique des relations avec les familles est assez différente.

Plus encore qu'à la M.A.S., il arrive qu'il faille protéger des travailleurs de l'influence de familles sur protectrices, voire castratrices. Pour autant, sur une base ponctuelle, il serait sans doute utile d'ouvrir l'institution aux familles, soit à l'occasion de grandes fêtes familiales comme Noël, soit, à l'occasion de journées "portes ouvertes", séances de découverte des activités qui y sont pratiquées.

Les travailleurs pourraient sans doute y trouver des motifs de fierté et une occasion de se valoriser auprès de leurs proches.

3.2.2 L'approfondissement des liens avec l'environnement extérieur, notamment médico-social et local

A) établir des coopérations avec les autres établissements médico-sociaux

L'établissement de coopérations plus étroites avec d'autres établissements médico-sociaux s'avère d'autant plus nécessaire que ces structures ont du mal à se détacher de la psychiatrie.

Celui-ci est sans doute plus facile à réaliser dans le cas du C.A.T. qui est en voie d'autonomisation vis à vis du C.H.G.R. que dans le cas de la M.A.S. qui reste un établissement annexe de l'hôpital.

En outre, l'intégration d'un Directeur d'établissement social à la tête du G.I.P. du Placis Vert et du C.A.T. "Les Maffrais", à compter du 1^{ier} janvier 2004, est incontestablement de nature à resserrer les liens avec le secteur médico-social, secteur dont ce nouveau Directeur sera issu.

Les formes, que devrait prendre cette coopération, peuvent être multiples.

Elles vont de la participation à des réunions professionnelles communes : à ce titre, les critères peuvent tenir au type de structure (par exemple Andicat pour les C.A.T.), à un élément géographique (le département ou la Région) ou au caractère associatif ou public de l'établissement (par exemple le groupement G.E.P.S.O. qui regroupe les établissements médico-sociaux du secteur public) ou combiner plusieurs de ces critères. Les Directeurs du C.A.T. et de la M.A.S. auront intérêt à procéder à un recensement de ces organisations et à s'y impliquer personnellement ainsi que certains de leurs plus proches collaborateurs.

Elles peuvent également consister en l'échange temporaire de personnel ou d'usagers ¹.

¹ compte tenu de la pathologie d'un grand nombre résidents de la M.A.S., cet échange paraît plus réalisable pour les travailleurs du C.A.T.

Il est à noter que celui-ci se pratique dans le cas du C.A.T. avec d'autres C.A.T. de la Région mais il prend davantage la forme d'échanges définitifs de travailleurs alors qu'il pourrait s'inscrire dans le cadre d'un programme individualisé de prise en charge visant à la découverte d'un métier ou d'un nouvel aspect du même métier. A ce titre, il pourrait participer à l'accroissement des compétences des travailleurs.

En ce qui concerne l'échange de personnel, celui-ci n'est presque jamais pratiqué sauf, récemment, le détachement de deux moniteurs, à l'occasion de l'ouverture du nouvel atelier "Conditionnement". Or, il pourrait être pratiqué sur la base de thématiques sociales ou économiques.

Elles peuvent également porter sur la signature de Conventions où les deux partenaires mettent en commun des moyens ou, au contraire, font bénéficier l'autre de compétences plus pointues dans tel ou tel domaine. Ainsi, s'agissant de nos deux établissements, on pourrait imaginer que ceux-ci fassent bénéficier des établissements partenaires de leurs compétences en psychiatrie et reçoivent, en retour, un renforcement de leurs compétences en matière éducative.

B) renforcer les liens avec l'environnement local

Pour la M.A.S., les liens avec l'environnement local existent lors de la kermesse annuelle qui est ouverte au public depuis 3 ans. Un article dans Ouest France est d'ailleurs publié à cette occasion.

Pour autant, cette ouverture connaît un succès mitigé, la fréquentation étant constituée presque exclusivement des résidants, du personnel et des familles.

Dans l'optique d'un resserrement des liens entre la Maison d'Accueil spécialisée et la commune de Thorigné-Fouillard, un projet de sentier piétonnier va être prochainement réalisé qui permettra de relier directement le Centre du Placis Vert au centre ville.

D'autres relations pourraient être établies à travers l'ouverture de la M.A.S. à des Associations locales, via la mise à disposition de salles de réunion, l'invitation à s'associer à la préparation ou à la réalisation d'activités.

En retour, il faudrait que les résidants de la M.A.S. puissent fréquenter, ne serait ce que ponctuellement, les équipements publics de la commune. La lourdeur du handicap des résidants est, certes, un frein mais leur intégration sociale est à ce prix.

Dans le cas du C.A.T., le renforcement de l'ancrage dans son environnement local est également indispensable.

En effet, la qualité de cette relation a une influence directe sur la qualité de l'insertion qui, préférentiellement, sera recherchée dans l'environnement local.

La possibilité de relancer l'activité du restaurant grill et, donc, d'augmenter la clientèle extérieure, est aussi étroitement dépendante de sa capacité à attirer et à fidéliser une clientèle locale.

C) tisser d'autres liens

En ce qui concerne le C.A.T., d'autres liens pourraient être tissés avec comme objectif l'amélioration de l'insertion en milieu ordinaire.

A ce titre, le C.A.T. pourrait mieux utiliser la possibilité offerte par les textes réglementaires ¹ de détacher des travailleurs de manière individuelle et collective dans le milieu ordinaire de travail. Dans ce cadre, les travailleurs détachés continuent à être rattachés au C.A.T. et cette modalité d'exercice professionnel relève d'une formule de travail semi-protégé.

L'intérêt de cette formule est d'appivoiser réciproquement les entreprises d'accueil et les travailleurs handicapés, en lien avec une insertion progressive et selon des modalités diversifiées (accueil temporaire et /ou à temps partiel) et incluant la possibilité de retour au C.A.T. puisque le lien juridique entre le travailleur et le C.A.T. est maintenu.

Les liens pourraient être également renforcés avec le secteur de l'insertion par l'économique.

Dans ce secteur, gravitent différentes structures, telles les Associations intermédiaires, les entreprises d'insertion ou encore les entreprises de travail temporaire d'insertion.

Celles-ci peuvent constituer des structures d'accueil pour des travailleurs handicapés issus de C.A.T. à titre de sas intermédiaire entre le travail protégé et le milieu ordinaire de travail. Compte de finalités voisines, des approches communes pourraient également être développées entre leurs personnels sur des réflexions relatives à l'insertion ou en matière économique.

En ce qui concerne la M.A.S., la participation à un réseau d'information et de communication visant à échanger des données sur les initiatives et expériences en matière de prise en charge des personnes lourdement handicapées serait un atout pour l'enrichissement et la dynamisation des pratiques professionnelles.

A ma connaissance, un tel réseau existe au niveau européen. Il s'agit d'Handynet mais celui-ci vise surtout à rassembler des données sur les aides techniques, ce qui ne constitue pas la priorité principale en matière de handicap mental et psychique.

¹ décrets n° 86-350 du 14 mars 1986 et n° 93-669 du 26 mars 1993

CONCLUSION

La prise en charge du handicap mental et psychique a longtemps constitué le parent pauvre dans le cadre des politiques relatives au handicap.

Récemment, certaines orientations donnent à penser qu'à nouveau cet écueil pourrait ne pas être évité.

En effet, des concepts tels que le principe de normalisation, le "mainstreaming" et "l'empowerment", concepts importés de la culture anglo-saxonne ou en provenance de l'Europe du Nord, mettent l'accent sur le renforcement du rôle social de la personne handicapée, la recherche d'une adaptation réciproque entre elle et son environnement social, en partant du postulat que l'existence en milieu normal est la meilleure possible.

Ces principes inspirent fortement la philosophie des rédacteurs du texte qui devrait rénover la première loi de 1975, en faveur des personnes handicapées.

D'ores et déjà, on en trouve l'illustration dans la loi du 2 janvier 2002¹ qui promeut les droits des usagers, à travers la définition des droits fondamentaux des personnes et la détermination des modalités d'exercice de ces droits.

Ils sont également perceptibles dans la loi de modernisation sociale² qui à son article 53 stipule *"La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap, quels que soient l'origine ou la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie, et à la garantie d'un minimum de ressources lui permettant de couvrir la totalité des besoins essentiels de la vie courante."*

Ils se retrouvent également dans la politique de compensation des incapacités visant à généraliser les sites pour la vie autonome et offrir aux personnes handicapées un accès coordonné à des solutions pour compenser leurs incapacités³.

¹ loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

² loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

³ circulaire D.G.A.S./P.H.A.N./3A n° 2001-275 du 19 juin 2001

Or, l'ensemble de ces principes et outils semblent beaucoup plus adaptés à la compensation des handicaps moteurs qu'à celle des handicaps mentaux et psychiques.

En allant plus loin, on peut craindre que l'application de ces nouvelles politiques ne se traduise par le renforcement de la discrimination au détriment du handicap le plus lourd comme du handicap mental et psychique.

Cette inquiétude se renforce si on la rapproche de la crise sévère que traverse la psychiatrie.

En effet, alors que celle-ci est confrontée à une baisse drastique de ses moyens (fermeture de 125 000 lits entre 1970 et 2000, réduction du nombre de psychiatres qui devrait passer de 12 500 actuellement à environ 7500 en 2020), la demande de soins croît dans des proportions importantes. Ainsi, après avoir pris en charge dès le XIX^{ème} siècle des pathologies, telles que l'alcoolisme, la démence et la psychose, auxquelles se sont ajoutées, à partir des années soixante, la névrose et la dépression, celle-ci est de plus en plus sommée de traiter de nouvelles formes d'anxiété et troubles divers comme ceux de l'adaptation, personnalité, alimentation, ...

Dans ce cadre, les internements abusifs du passé laissent trop souvent la place à des "externements" abusifs, envoyant à la rue ou en prison des personnes échappant au système de soins. De plus, la tentation est grande d'abuser des psychotropes alors que la fierté de la psychiatrie française est de fonder sa pratique sur une thérapie du sujet et de la parole ¹.

La création et le fonctionnement du C.A.T. et de la M.A.S., rattachés au Centre hospitalier "Guillaume Régnier" de Rennes, se situent donc dans ce contexte guère favorable.

Pour autant, j'espère avoir démontré que ces opérations de transformation, loin d'avoir sacrifié à une logique purement comptable d'économies financières, ont entendu se placer, délibérément, dans le champ de la santé mentale et utiliser les outils du secteur médico-social pour diversifier et améliorer les prises en charges proposées aux patients.

¹ les développements qui précèdent sont inspirés de la lecture de "Grandes et petites misères de la psychiatrie française", Le Monde du 7 juin 2003

La qualité de la prise en charge médicale et para- médicale, notamment, a été dans les deux cas, intégralement préservée.

En ce qui concerne le C.A.T., le mérite principal en revient au Médecin psychiatre attaché à la structure.

Mais, en témoigne tout autant pour la M.A.S. la qualité du plateau technique médical et para- médical réuni pour la première tranche de transformation des 160 lits, lequel aura vocation à être utilisé, suivant les mêmes modalités, lors de l'implantation de la deuxième tranche.

Cet argument, à lui seul, justifie toute l'opiniâtreté dont a fait preuve la Direction de l'hôpital pour défendre la localisation de l'extension sur le site du Placis Vert.

La réalité de la transformation en établissement médico-social est, peut-être, un peu moins significative.

Dans le cas de la M.A.S., la transformation est, certes, très récente et, cependant, le chemin parcouru, en tout juste deux ans, est impressionnant.

La dépendance du C.A.T. vis à vis du Centre hospitalier "Guillaume Régnier" et, surtout, son statut ambigu d'autonomie juridique relative mais sans moyens effectifs, a, sans doute, freiné sa transformation.

A titre prospectif, il me semble que l'avenir de ces deux structures sera surtout lié à leur capacité à se transformer sans rien renier de leurs acquis ni de leurs spécificités qui constituent leurs meilleurs atouts.

Leur positionnement vis à vis de l'hôpital est à ce titre tout à fait emblématique.

A trop s'éloigner de celui-ci, il est à craindre qu'elles perdent la sève qui les nourrit et ne s'étiolent. A en être trop dépendantes, elles risquent d'évoluer comme des structures de seconde zone, soumises à des rationalités et des finalités qui ne sont, pas tout à fait, les leurs.

Dans l'évolution qui sera la leur et qui devrait aller vers une autonomisation croissante, compte tenu de leur appartenance à des champs distincts, il sera donc important de définir précisément, dans des conventions avec l'hôpital, les champs où une

coopération étroite devra être maintenue. Parallèlement, dans les autres champs, une autonomie maximale devra être recherchée.

Bibliographie

Ouvrages :

DREANO Guy, Les A.M.P. Editions Dunod 1997

JAEGER Marcel, L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie, Editions Dunod 2000

POUPEE-FONTAINE Dominique et ZRIBI Gérard, Dictionnaire du handicap, Editions ENSP 2002

SARFATY Jacques et ZRIBI Gérard, Handicapés mentaux et psychiques vers de nouveaux droits, Editions ENSP, 2003

ZRIBI Gérard, L'avenir du travail protégé. C.A.T. et intégration, Editions ENSP 1998

ZRIBI Gérard, L'accueil des personnes gravement handicapées, Editions ENSP 1994

Textes Officiels :

Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit sur les incapables majeurs

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico –sociale

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

Décret n° 78-1211 du 26 décembre 1978

Décret n° 86-350 du 14 mars 1986

Décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991 sur les conseils d'établissements

Décret n°93-669 du 26 mars 1993

Circulaire n° 62 AS du 28 décembre 1978

Circulaire DGAS/PHAN/3A n°2001-275 du 19 juin 2001

Rapport parlementaire de Michel CHARZAT " Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches", Mars 2002

Mémoires :

BRANDEHO Daniel, le soutien et la promotion de l'image de l'institution : remèdes au phénomène d'usure en M.A.S., Rennes, 1989

ROUBERT-GAUTHIEZ Pascale, Etude des modalités de création et de gestion d'une Maison d'Accueil Spécialisée par le Centre hospitalier de GONESSE, Rennes 1995

GODARD–JOUANNIC Valérie, Handicap et maladie mentale de l'adulte : la collaboration institutionnelle des acteurs du soin et de la compensation sociale est-elle à la hauteur de leurs espoirs ?

Articles :

Création d'une Maison d'Accueil spécialisée au sein d'un établissement de soins spécialisé en psychiatrie, Revue hospitalière de France n° 2 – Mars – Avril 2001

Maladie mentale : le travail comme outil, Conférence-débat à la Maison du Champ de Mars, Ouest France du 21 avril 2003

"Grandes et petites misères de la psychiatrie française", Le Monde du 7 juin 2003

Liste des annexes

Annexe 1 : Plan masse du Centre du Placis Vert

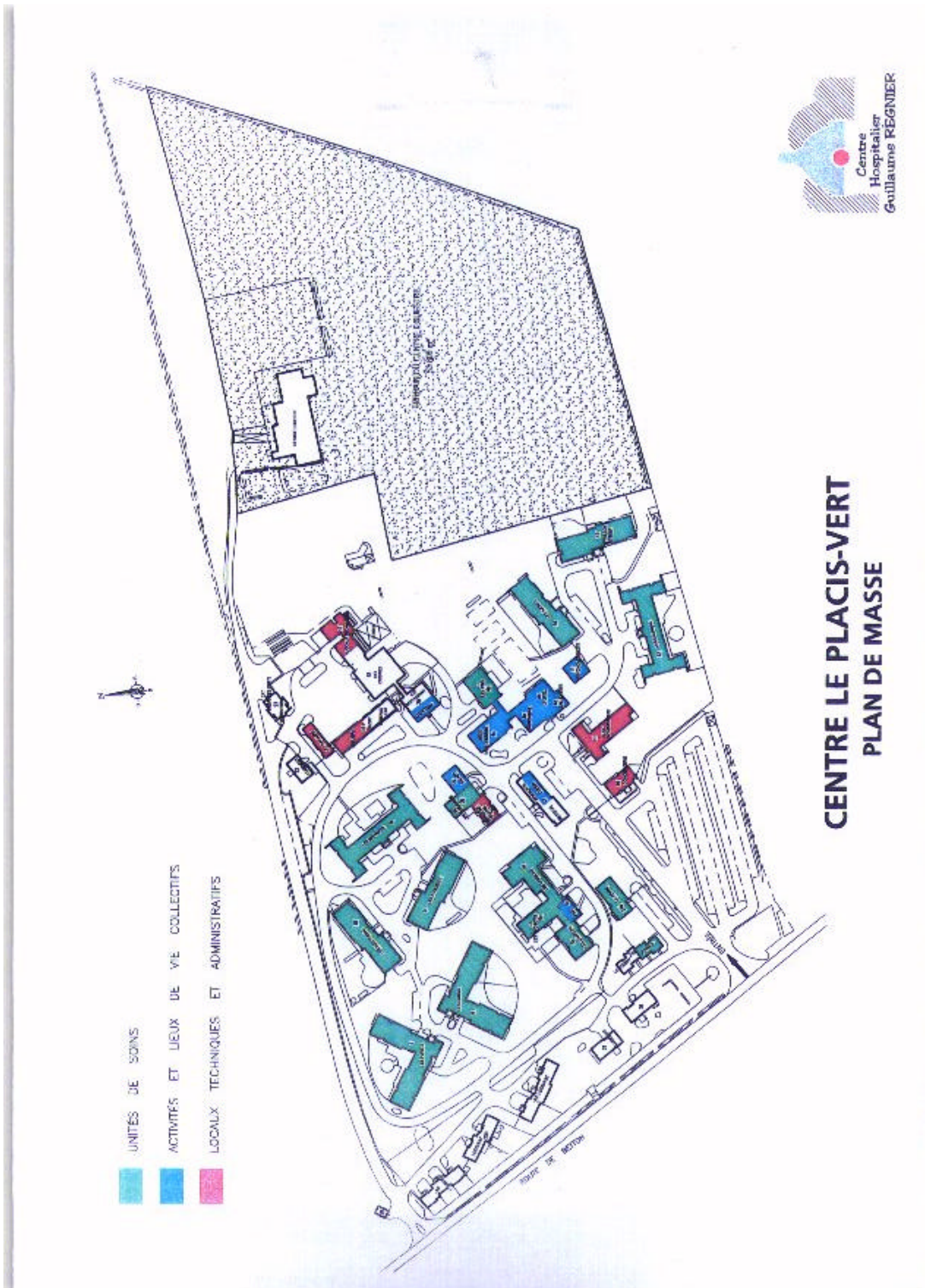
Annexe 2 : Article dans Ouest France : le Centre du Placis Vert s'ouvre sur l'extérieur

Annexe 3 : Article dans Ouest France : le Centre du Placis Vert s'ouvre à un projet de vie

Annexe 4 : Plan masse du C.A.T. "Les Maffrais"

Annexe 5 : Convention Constitutive du Groupement d'Intérêt Public du Placis Vert

ANNEXE 1



Thorigné-Fouillard

Le centre du Placis Vert s'ouvre sur l'extérieur



La kermesse, une fête où l'on peut échanger entre familles, visiteurs, résidents et personnel.

Le centre hospitalier du Placis Vert a organisé une kermesse pour les résidents et leurs familles, une fête où la population des communes voisines était bienvenue. L'ouverture vers le public a permis aux personnes extérieures à l'établissement de découvrir la structure en s'amusant.

La kermesse représente trois mois de préparation et cette année les stands sur le thème des lies donnaient une dernière touche de soleil avant les fraîcheurs de l'automne. Le groupe de jazz composé de sept musiciens a mis de l'animation pendant que les visiteurs ont essayé les douze fois de jazz. « Les fêtes sont ouvertes au public depuis deux ans, annonce

Chantal Liégeois-Davy, et beaucoup de personnes sont venues des alentours pour participer à la fête en famille ».

L'association Albatros a été créée en 1982 par le personnel du Placis Vert. « Elle a pour but de réaliser quatre fêtes annuelles qui marquent les saisons : les fleurs, le carnaval, la kermesse et la fête de Noël, souligne Jean-Paul Colette, la plus importante c'est la kermesse qui permet la rencontre des résidents, des familles et des collègues professionnels du Placis Vert. Le jour de la kermesse, 150 repas sont préparés par le personnel et les familles pour être pris en commun avec les résidents ».

Le centre du Placis Vert est un établissement annexe de l'hôpital Guillaume Rognier. « Il fait partie d'un système de prise en charge de personnes malades de santé mentale de tout le département sauf Saint-Malo, précise M. Raynal, malgré le handicap lourd de certains malades le centre devient une maison d'accueil spécialisée ». Le centre va modifier ses locaux et pour accompagner le changement, deux psychiatres, les docteurs Castille et Bérault, sont présents au centre ainsi que le docteur Toquet, médecin généraliste. La fête s'est achevée avec le lâcher de ballons. L'an dernier l'un d'entre eux a été retrouvé en Ecosse.

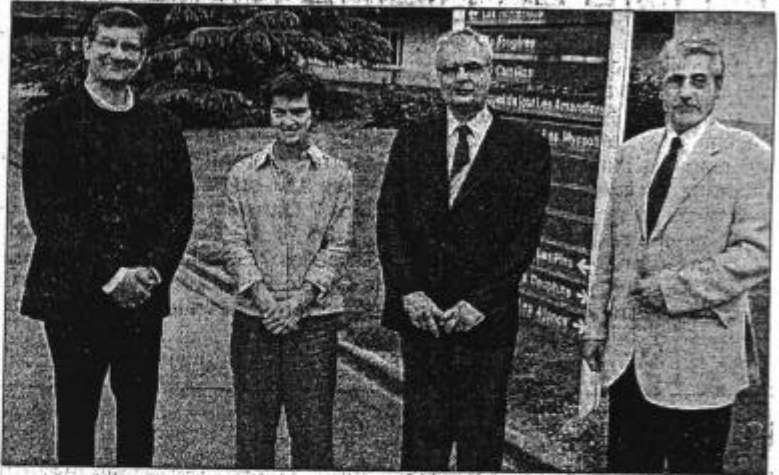
Projet de transformation à la Maison d'accueil spécialisée Le Placis vert s'ouvre à un projet de vie

La psychiatrie hospitalière ne cesse d'évoluer. Loin du ghetto et de l'asile d'antan, les établissements se transforment en lieux de vie. A son tour, le centre du Placis vert, à Betton, devient une maison d'accueil spécialisée (MAS).

A deux pas de la forêt de Rennes, le centre du Placis vert accueille des personnes souffrant de troubles mentaux, souvent accompagnés d'autres handicaps. Pour la plupart arrivés à l'âge de l'enfance, les résidents y séjourneront une vie entière. Structure hospitalière dépendant du CH Guillaume Regnier, l'établissement n'a cessé d'évoluer depuis sa création en 1978.

« L'histoire du Placis vert est une illustration de ce mouvement perpétuel qui cherche à apporter des réponses adaptées aux besoins », explique Bernard Raynal, directeur du CHGR, qui recevait lundi des invités, dont les associations de parents, pour une journée portes ouvertes.

Dans un décor de verdure, se a poussé un centre hippique. Le Placis vert a tous les atouts pour évoluer vers la structure médico-sociale. **De tout temps, le Placis vert a fait du médico-social sans le savoir** » souligne Bernard Raynal. Le moment est venu d'officialiser le changement de terminologie, ouvertement affiché dans le projet d'établissement. Au total, 240 places de psychiatrie générale seront adaptés aux besoins des



Au cours d'une journée portes ouvertes, le centre du Placis vert a montré son nouveau visage. Le projet a été présenté par Bernard Raynal, directeur du CH Guillaume Regnier, entouré du Dr Thierry Castille, médecin coordinateur, Catherine Keller, directrice, le Dr Francis Pouyellon, président de la commission médicale d'établissement.

patients. Une seconde tranche de 80 lits sera mise en route à partir du site principal de Rennes. Sur le terrain, le projet de vie s'accompagne d'une humanisation des pavillons existants et d'une extension. L'opération s'appuie sur un principe de base : **« Le résident, ou sa famille, est dans la mesure du possible acteur de sa prise en charge. Il participe aux choix qui organisent sa vie dans l'établissement »** souligne Catherine Keller, directrice du Placis vert. La recherche du confort et de la qua-

lité d'hébergement, le développement d'activités en interne, une plus grande ouverture sur l'extérieur font désormais partie des lignes directrices du lieu de vie.

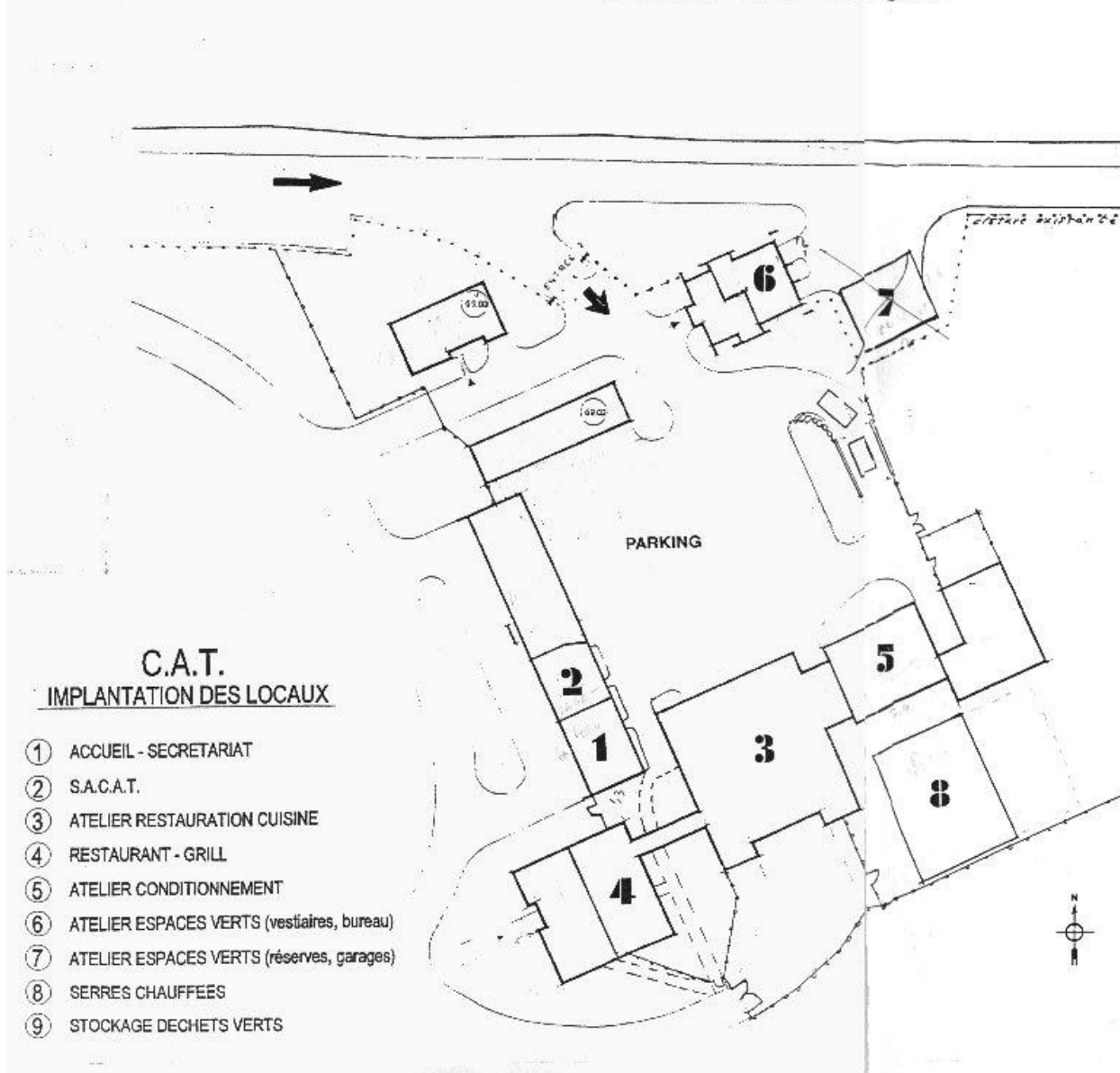
Les opérations de transformation font l'objet d'un concours d'architecture, dont le résultat sera connu à la fin du mois. Trois équipes sont toujours en lice. Les travaux de rénovation devraient démarrer à la fin de l'année. Quant à l'extension, elle sera livrée fin 2005.

Alain THOMAS.

OR 12/06/02

LE PLACIS - VERT

PLAN DE MASSE



à Rennes, le président de l'association Le Domaine à Château-neuf d'Ille-et-Vilaine et le président de l'Union nationale des familles et amis des malades mentaux, section d'Ille-et-Vilaine, reçoit approbation.

Article 2

L'arrêté préfectoral du 15 juin 1992 approuvant la convention constitutive de groupement d'intérêt public du Placis-Vert du 1^{er} juin 1992, est abrogé.

Article 3

Le secrétaire général de la préfecture d'Ille-et-Vilaine, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de l'intégration et au recueil des actes administratifs de la préfecture du département d'Ille-et-Vilaine.

Fait à Rennes, le 11 janvier 1999.

Pour le préfet :
Le secrétaire général,
B. LABARTHE

CONVENTION CONSTITUTIVE
DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC DU PLACIS-VERT

Il est constitué entre :

- le centre hospitalier Guillaume-Ragnaier de Rennes, 108, avenue du Cédéral-Leclerc 35011 Rennes Cedex, représenté par son directeur, M. Rymal ;
- l'association Le Domaine, Château-neuf d'Ille-et-Vilaine (35430), représentée par son président, M. Levitoux ;
- et l'UNAFAM, section Ille-et-Vilaine, 16, rue de Penhoët, 35025 Rennes, représentée par son président, M. Le Duif.

Un groupement d'intérêt public régi par :

- la loi n° 82-160 du 15 juillet 1982, d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France et plus particulièrement son chapitre II, section 2, article 21, relatif aux groupements d'intérêt public ;
- la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat et notamment son article 21 ;
- le décret n° 88-1034 du 7 novembre 1988 modifié par le décret n° 89-918 du 2 décembre 1989 relatif au groupement d'intérêt public constitué dans le domaine sanitaire et social ;
- l'arrêté du 30 juin 1989 donnant délégation aux préfets du pouvoir d'approbation de certaines conventions constitutives de groupement d'intérêt public.

Et par la présente convention.

TITRE I^{er}

Dénomination et objet du groupement

Article 1^{er}

Dénomination

La dénomination du groupement d'intérêt public est : GIP du Placis-Vert.

Article 2

Objet

Le groupement d'intérêt public a pour objet :

- la création et la gestion d'un centre d'aide par le travail réservé aux malades mentaux adultes stabilisés, originaires d'Ille-et-Vilaine ;
- l'acquisition ou la location de tout immeuble, atelier, magasin, terrain nécessaires à la création et au développement de ce centre d'aide par le travail ;
- la création et le développement de toute structure d'hébergement ou d'accompagnement adaptée aux besoins des personnes admises au CAT (foyer, appartement de réinsertion...).

Article 3

Siège

Le siège du groupement d'intérêt public est fixé à Thorigné-Fouillard (35235) au Placis-Vert.
Il pourra être transféré en tout autre lieu par décision du conseil d'administration du groupement.

Article 4

Durée

Le groupement est constitué pour une durée de quinze années, à compter du jour de la publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'approbation de la présente convention.

Il pourra être :

- soit reconduit annuellement par tacite reconduction ;
- soit interrompu à la demande de l'une des parties, avec préavis d'un an, pas satisfaisants.

TITRE II

Organisation et administration

Article 5

Conseil d'administration

Le conseil d'administration du groupement est composé de onze membres. Il comprend :

- 7 représentants du centre hospitalier Guillaume-Réguler de Rennes :
 - 3 membres de droit ;
 - le président du conseil d'administration ou son représentant ;
 - le président ou le vice-président de la commission médicale d'établissement ;
 - le directeur du CHGR ou son représentant ;
 - 2 praticiens hospitaliers désignés par le conseil d'administration du CHGR sur proposition de la commission médicale d'établissement.
- 2 représentants de l'association Le Domaine :
 - 1 membre de droit : le président de l'association Le Domaine ou son représentant ;
 - 1 administrateur désigné par le conseil d'administration de l'association Le Domaine.

184

MES 99/45

2 représentants de l'Union nationale des familles et amis des malades mentaux (UNAFAM) :

- 1 membre de droit : le président de la section d'Ille-et-Vilaine de l'UNAFAM ou son représentant ;
- 1 représentant désigné par la section d'Ille-et-Vilaine de l'UNAFAM.

La durée du mandat des membres du conseil d'administration, autres que les membres de droit, est fixée à trois ans.

Le mandat d'administrateur est exercé gratuitement.

Article 6

Président du conseil d'administration. - Désignation

Le président et les vice-présidents du conseil d'administration du groupement seront élus parmi les membres de droit au conseil d'administration pour une durée de trois ans renouvelable.

Article 7

Président du conseil d'administration. - Rôle

Le président du conseil d'administration :

- convoque le conseil d'administration ;
- préside les séances du conseil d'administration. En l'absence du président, les séances du conseil d'administration seront présidées par le vice-président ;
- fixe l'ordre du jour du conseil d'administration.

Article 8

Conseil d'administration. - Personnalités invitées

Pourront assister aux séances du conseil d'administration avec voix consultative :

- le directeur des affaires sanitaires et sociales ou son représentant ;
- le directeur des affaires sociales ou son représentant ;
- le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie ou son représentant ;
- le président de la Cotorep ou son représentant ainsi que toute personne dont la compétence sera jugée utile par le conseil d'administration.

Article 9

Commissaire du Gouvernement

Le préfet du département ou son représentant exerce la fonction de commissaire du Gouvernement.

MES 99/45

185

ANNEXE

Prévue à l'article 14 de la convention constitutive
du groupement d'intérêt public Le Placis-Vert

Descriptif des bâtiments et des terrains mis à disposition du groupement
par le centre hospitalier Guillaume-Régulier de Rennes.

Cette structure sera implantée à Thorigné-Fouillard, commune située à une
dizaine de kilomètres au Nord Est de Rennes, dans des bâtiments rattachés
au centre de Placis-Vert, établissement annexe du CHGR.

Ces bâtiments sont totalement indépendants du reste du Placis-Vert (sépa-
ration par une clôture) et bénéficient d'un accès direct sur la route départe-
mentale 27 (cf. plans ci-après).

Ces bâtiments, d'une surface hors oeuvre de 720 mètres carrés, corres-
pondent à :

- l'ancienne cuisine du Placis-Vert prévue pour fabriquer 750 repas par
jour et aujourd'hui non utilisée, les repas du Placis-Vert étant livrés par
la cuisine centrale du CHGR. Les locaux de l'ancienne cuisine ont une
surface de 494 mètres carrés ;
- un local laissé brut depuis l'ouverture du centre (surface 186 mètres car-
rés) ;
- une partie de la lingerie du Placis-Vert aujourd'hui surdimensionnée
(surface 40 mètres carrés).