

<p>ANDICAT Association Nationale des Directeurs et Cadres de CAT</p> <p>1, avenue Marthe 94500 CHAMPIGNY-SUR-MARNE Tél : 01.45.16.15.15 Fax : 01.45.16.15.19</p>	<p>M.A.I.S. Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale</p> <p>42, rue de Marseille 69007 LYON Tel : 04 72 71 96 99 E-mail : mais@mais.asso.fr Web : www.mais.asso.fr</p>	<p>ACTIONS-H Accompagnement pour la formation et l'insertion des personnes handicapées</p> <p>Tel. 01 45 16 80 06 action-h@laposte.net</p>
---	--	---

JOURNÉE RÉGIONALE DE FORMATION

ILE de FRANCE

**Quels partenariats et quels nouveaux outils
organisationnels dans l'accompagnement social et
médico-social pour répondre à l'évolution des
publics accompagnés ?**

Jeudi 5 avril 2012

**Institut du Val Mandé
7, rue Mangenot
94 SAINT-MANDÉ**

SOMMAIRE

I – Introduction

II – Exposés

1. *Comment les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent-ils répondre aujourd’hui aux droits des usagers ?* ----- 4
Gérard ZRIBI Président d’ANDICAT, Directeur général de l’AFASER
2. *L’évaluation du handicap psychique : une clinique hors (du) sujet ?* ----- 9
Jordi MOLTO Médecin psychiatre secteur 6 Ville-Evrard, MDPH 93
3. *Evolution des populations – Résultats de l’étude d’Action-H* ----- 14
Fabienne PRESSARD Directrice d’ESAT – Champigny-sur-Marne (94) ;
Laurent GRASSI, Chef de service éducatif SAJ – Chennevières-sur-Marne (94) ;
Alix GACI, Educatrice spécialisée EMPro - Champigny-sur-Marne (94) ;
Sandrine RUBEN, Psychologue en ESAT – Champigny-sur-Marne (94)
Sophie THIOU, Assistante sociale EMP – Champigny-sur-Marne (94)
4. *Les emplois modulés en ESAT*----- 18
Thierry BEULNÉ Directeur d’ESAT – Aubervilliers (93)
Stéphanie DANDOY Psychologue en ESAT – Aubervilliers (93)
5. *La situation de Clara au SAVS* ----- 26
Odile BRICE Chef de service SAVS/SAMSAH – Chennevières-sur-Marne (94)

III – Synthèses des ateliers ----- 31

Atelier 1 – Habiter quelque part...

Atelier 2 – L’accompagnement professionnel

Atelier 3 – L’accès aux soins

Atelier 4 – Être parent, être accompagné

Atelier 5 – Les addictions multiples

IV – Annexes

Liste des intervenants ateliers

INTRODUCTION

Les délégations régionales du Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale (M.A.I.S.) et de l'Association des Directeurs et cadres d'ESAT (ANDICAT) poursuivent un travail de réflexions communes. Nous avons élaboré le programme de la journée avec le réseau d'Action-H¹ auprès duquel plusieurs d'entre nous adhèrent (c'est le maillage francilien !).

Le choix de la thématique de la journée d'étude est en lien avec nos préoccupations de terrains. L'objectif étant d'interroger nos pratiques professionnelles ainsi que l'adéquation de nos missions aux droits et besoins des usagers.

« Quels partenariats et quels nouveaux outils organisationnels dans l'accompagnement social et médico social pour répondre à l'évolution des publics accompagnés ? »

Quel titre ! Nous avons pourtant réfléchi longtemps pour essayer d'illustrer en quelques mots plus courts, plus fluides et percutants à entendre cette problématique complexe, qui nous a interrogés et rassemblés le jeudi 5 avril 2012 à l'ILVM.

Que nous soyons usagers et familles d'usagers, professionnels de terrain, agents des administrations, des conseils généraux, des ARS, élus ou simples citoyens, les lois de 2002-2 et 2005, dans un contexte économique difficile ont profondément bouleversé tout notre paysage.

Cette difficile mutation est en route, dans un contexte politique, économique et social fait de restrictions et de rigueur...

Sur le terrain : les usagers de nos établissements et service sont là et bien là, nous les rencontrons tous les jours... D'ailleurs, certains ne sont-ils pas mis de côté ?

Mais... ont-ils vraiment changé ?

Et si c'est le cas, en quoi ?

Qu'est ce qui a vraiment changé :

- Les usagers ?
- Leurs attentes et leurs besoins ?
- Les institutions et les services ?
- Nos pratiques ?
- Nos valeurs ?
- L'éthique de notre accompagnement ?

Quelle est donc cette évolution ?

Quels nouveaux outils organisationnels ?

Il s'agit bien de la mise en place récente des ARS (agences régionales de santé), avec la loi HPST (hôpital, patient, santé, territoire), la RGPP (réorganisation des territoires et des politiques publiques), les lois de 2002 et 2005 suivies de tous leurs décrets etc... Ces dernières années sont marquées par un accroissement des textes législatifs

Alors, professionnels de terrain,

- déjà habitués à être au plus proche des besoins des usagers, dans des situations bien concrètes et parfois complexes à accompagner,
- déjà engagés les uns et les autres dans des réseaux, des associations, des groupes de réflexion... (parfois aussi chacun dans son coin) ;

nous avons à absorber tout cela, assimiler et nous approprier ces outils...

Oui mais pas n'importe comment ! Toujours se pose la question du sens... et de l'utile.

Ariane VIENNEY – Correspondante M.A.I.S.
Fabienne PRESSARD – Présidente d'Actions-H
Thierry BEULNÉ – Correspondant ANDICAT

¹ **Actions-H** est une association regroupant des services et établissements pour enfants et adultes handicapés franciliens dont l'objet est de favoriser la recherche et les coopérations entre structures.

COMMENT LES SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX PEUVENT-ILS REPOUDRE AUJOURD'HUI AUX DROITS DES USAGERS ?

Gérard ZRIBI

La question implique deux constats :

- l'existence de droits des usagers et le présupposé qu'il faut les respecter ;
- la non adéquation partielle ou importante des établissements et services à la prise en compte des droits des usagers.

Par conséquent, cette question suggère, par son intitulé, la recherche d'une transformation des réponses actuelles dans un cadre profondément remanié de la décision politique (les ARS, les appels à projet ...).

Deux grandes mutations, notamment depuis les années 70, l'une qui concerne les institutions et services, l'autre, les droits des usagers ; les deux se rejoignent progressivement pour constater aujourd'hui qu'elles sont profondément liées.

Ces mutations s'inscrivent dans une modification profonde de l'environnement social, culturel et économique.

I. Un changement global environnemental profondément modifié, des attitudes et des positionnements des individus et des groupes tout à fait différents

Ce que Gérard MERMET (Le monde, 10 mai 2011) dénomme les révolutions de la société française peut se retrouver en quelques points :

❖ l'individualisation ("l'égologie")

C'est la prépondérance du "Je" et du "Moi". Chacun a en principe le droit au travail, aux loisirs, au pouvoir d'achat, à la différence ... ; les produits et services sont personnalisés. Tout est présenté comme si l'organisation sociale s'organisait autour des choix individuels.

Le magazine "Enjeux, les Echos" (juillet – août 2005) affichait comme titre de son dossier spécial, "moi d'abord". Partout, constatait le journal, les comportements individualistes se développent, pendant les loisirs, au travail, dans la sphère privée : "le moi aurait-il supplanté le nous, pourrait-on s'interroger" ? Il n'est peut-être pas inutile de se questionner sur une certaine forme actuelle d'abus d'individualisme propre à nuire aux liens sociaux et à la solidarité sociale. Ce sont pourtant les interactions sociales, l'engagement associatif ou volontaire ou encore la réciprocité généralisée qui permettent de résoudre plus facilement les problèmes collectifs, car ils sont alors reconnus et plus facilement intégrés, lorsque le besoin se fait sentir, dans le système de protection sociale.

La contrepartie de ces droits nouveaux est que chacun doit s'occuper et décider de son destin, ce qui est un risque de marginalisation pour les plus vulnérables, si les services publics n'exercent pas leur rôle de garant et de régulation.

❖ La globalisation

Les marges de manœuvre nationales se réduisent, qu'il s'agisse d'économie, de santé et d'environnement.

Des pays comme la France sont fortement incités à renoncer à leur exception et à accepter une certaine standardisation. Les tensions restent fortes avec ceux qui défendent le local et la proximité.

❖ La technologisation

Les nouvelles technologies sont omniprésentes, la vie est de plus en plus numérisée, les rapports au temps et à l'espace sont transformés, favorisant l'immédiateté au détriment de la durée.

En contrepartie, la technologie instaure un fossé culturel entre ceux qui l'utilisent et ceux qui ne s'y inscrivent pas, entre ceux qui s'y enrichissent et ceux qui l'utilisent comme un loisir.

❖ Le consumérisme

Il concerne de nouvelles attitudes par rapport au système d'éducation, de santé, au système politique, aux entreprises. Il se traduit par l'opportunisme, l'infidélité, l'exigence et instaure une relation, à tous les niveaux, de consommateurs face à des prestataires de services.

Quid du lien social et de quelle nature est faite l'appartenance à la communauté ? Quels liens avec les services collectifs ?

❖ Le zapping

On change, quelquefois excessivement, d'emploi, de partenaires, d'amis, d'habitat au gré des opportunités, ce qui gêne les ancrages, les identités et les sentiments d'appropriation, et crée fréquemment isolement et rupture ; ce qui est accentué par l'instabilité des structures collectives.

II. Une mutation de la mise en œuvre et du suivi de la décision publique

La décentralisation représentait (et représente toujours) une chance pour "rendre l'intervention publique plus efficace" en recentrant l'Etat dans ses missions de souveraineté, de justice, d'arbitrage et d'orientation sur le long terme".

Comme l'écrit Florence LUGNIER (dans la revue de la CFDT juillet-août 2003), "il s'agit donc de passer d'un Etat gérant à un Etat garant en renforçant son pouvoir de délégation vers d'autres niveaux de décision et de gestion".

Pourtant, la centralisation que l'on croyait éloignée, revient en force. L'administration d'Etat se dégonfle mais elle se remembre au niveau d'autres mécanismes bien plus enfermants ; ceux-ci se mettent en place et continuent à se développer : la multiplication d'agences de substitution (agence pour l'accessibilité, l'ANESM, l'ANAP, les plateformes de services formalisées et bureaucratisées, les CNAR ...).

On ne part plus du "terrain", des associations, des diagnostics locaux, des initiatives au plus près des besoins sociaux, des interrelations des acteurs, décideurs et associations, de réseaux librement construits, d'espaces souples d'échanges, mais on assiste, bien au contraire, à des orientations fortes d'encadrement, prévues déjà dans la loi du 2 janvier 2002 et renforcées encore par la loi HPSP : schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale insuffisamment alimentés par les diagnostics locaux et qui n'impliquent que des démarches essentiellement

descendants malgré la mise en place de nombreuses instances et groupes de travail ; appels à projets dont les premiers exemples d'application nous font craindre de nombreux recours ; incitation à la fusion-absorption des associations gestionnaires et à la centralisation des décisions au moyen de CPOM entre les mains de petits seigneurs souvent dictatoriaux et incompétents ; enfin, indicateurs sociodémographiques peu pertinents.

Comment alors construire entre associations, services et pouvoirs publics des réponses humaines, individualisées, plus efficaces et plus justes, respectant subjectivité et dignité des personnes et de leurs familles ?

Comment réintroduire le local, comment inverser la tendance du "Big is beautiful", de l'uniformité et du formatage, qui fait actuellement des ravages dans le secteur marchand, dans la grande distribution (l'exemple du groupe Carrefour) ou dans le secteur du transport aérien avec Air France à qui l'intégration d'UTA et d'Air Inter est plus proche de la fausse route que d'une cohérence managériale.

Pourquoi adopter des approches qui ont échoué notamment dans des secteurs où la centralisation, les indicateurs et les ratios utilisés excessivement, posait a priori moins de problèmes que dans le social et le médico-social ?

III. Les nouveaux besoins et attentes des usagers

Ils sont en opposition avec la notion de "placement" en institution au profit d'un parcours personnel intégrant les formes de vie variées, éventuellement alternées. "L'établissement à vie" comme "le maintien à domicile" intégral n'existeront que faiblement, à court et moyen terme.

Par ailleurs, la tendance des réponses modernes est de s'orienter vers des structures de petite taille, ouvertes et bien intégrées dans leur environnement ; la concentration physique d'établissements et de places est aujourd'hui totalement obsolète. Pourtant, elle est en tension avec le rappel lancinant de l'importance des économies d'échelle.

L'impact sur l'évolution de l'offre est important :

- un rééquilibrage quantitatif des réponses aux handicaps, au profit des personnes handicapées vieillissantes et âgées avec des financements conjoints (départements + sécurité sociale) ainsi qu'un développement des établissements et services pour handicapés psychiques et handicapés mentaux présentant des troubles graves de la personnalité ;
- des modifications qualitatives = accueils à temps partiels, accueils temporaires, séquentiels, alternés, etc ...
- une configuration de l'offre qui ne se décline plus sous une forme institutionnelle classique mais plutôt sur une organisation démembrée et plurielle (avec une partie traditionnelle et une partie services) faisant place à une fonction de centres-ressources ;
- l'inscription des réponses dans une disposition impliquant complémentarité et mobilité ;
- une prise en compte plus forte de la dimension sanitaire dans certains établissements sociaux et médico-sociaux (avec des forfaits soins par exemple) ;
- enfin, la mise en œuvre de coopérations plus construites notamment dans la mise en place de réseaux sanitaires et médico-sociaux.

IV. Comment les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent s'adapter aux droits des usagers dans un contexte compliqué ?

- Comprendre les nouveaux besoins populationnels, par exemple, dans le domaine du handicap, les troubles psychiques beaucoup plus nombreux et les effets du vieillissement.

- Intégrer les attentes, c'est-à-dire la singularité, la pluralité des modes de vie souhaités.
- Faire des droits des usagers, un point fondamental du fonctionnement des structures pour donner à la citoyenneté, un contenu concret et humain.
- Construire des projets en combinant selon les besoins des personnes, des logiques normatives (les mêmes pour tout le monde), supplétives (celles qui s'ajoutent aux précédentes) ou spécifiques (celles qui sont spécialement conçues pour les personnes handicapées) en s'appuyant sur des échanges et des partenariats de différentes natures et de durées variables, tout en organisant une communication régulière entre les différents acteurs, y compris bien sûr et en premier lieu, avec les personnes handicapées et leur milieu familial.
- Evaluer l'action et se saisir de l'évaluation interne et externe comme d'une chance de lisibilité et de démocratie.

- Faire vivre des partenariats, s'inscrire dans des réseaux.

Les partenariats, les réseaux, le travail en commun sont indispensables pour prendre en compte dans toute leur complexité et leur mobilité, des problèmes, les besoins et les aspirations ; ce qui est l'inverse d'un passé récent où l'institution "totale" répondait à la prise en charge d'un individu réduit à sa maladie et condamné à un quotidien répétitif et encadré.

Passerelles, échanges, coopérations, souplesse, moments et espaces de vie partagés, réversibilité et complémentarités des solutions d'accompagnement personnel, décloisonnements, continuité des actions sont les maîtres-mots pour permettre la construction de soi et celle d'une vie bien à soi.

On en est, malgré des progrès certains, loin du compte aujourd'hui.

A ce titre d'exemple, on ne peut que constater que le dispositif de soins est excessivement centré sur le curatif au détriment de la prévention ou des soins de suite et de la réinsertion.

On observe également une réelle non-réponse, par l'absence de partenariats, à des besoins tout à fait patents : ainsi le transfert de patients à partir des hôpitaux psychiatriques vers des structures médico-sociales aurait nécessité des coopérations beaucoup plus fortes qu'aujourd'hui entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Pourtant, alors que les articulations entre le secteur psychiatrique avec les autres professionnels de santé (les médecins généralistes, les pédiatres, les professionnels éducatifs et sociaux) restent relativement insuffisants, on constate que l'instauration d'un travail inter partenarial peut atténuer ou éviter les rejets et l'exclusion de l'école et du travail, ou encore d'autres espaces publics.

Il nous faut réinvestir plus encore les partenariats de proximité avec les décideurs publics, les associations, le système de soins, les milieux culturels et sportifs et entre professionnels.

Votre réflexion et vos échanges d'aujourd'hui me paraissent plus féconds pour tous, et en premier lieu pour les usagers, que les multiples groupes de travail qui s'apparentent davantage à des ateliers occupationnels qu'à des entités compétentes et pragmatiques.

- Soutenir, motiver, former les équipes professionnelles dans les mutations actuelles

"Tout nouveau projet génère des incertitudes. Il faut que le salarié puisse dire sa fragilité, afin de bénéficier d'un accompagnement sans être pénalisé" (Gérard TAPONAT, directeur de relations sociales, Le Monde Economie, 13-12-2005).

Mais un peu partout, la hiérarchie est, comme le note Florence OSTY, chercheuse au CNRS (Le Monde du 13-12-2005), de plus en plus éloignée de la production (quelle qu'elle soit) et de moins en moins souvent issue du rang et donc de moins en moins familière de la compréhension du travail réel.

Les nouveaux schémas de gouvernance (centralisés, unilatéraux, directifs) introduits dans notre secteur ne vont ainsi pas dans le bon sens ; ils risquent de transformer des fonctions motivantes en emplois insoutenables.

Pourtant, la voie à choisir est incontestablement celle de reconnaître, valoriser et ajouter les compétences aux professionnels, les impliquer dans la construction des projets et de leur évaluation, et favoriser les hiérarchies de proximité. Les ESMS doivent s'en saisir.

– Comprendre, maîtriser et répondre aux appels à projets

Il faudra mettre en avant nos valeurs, de la subjectivité, une plus-value humaine, ainsi que notre technicité et non pas singer des opérateurs pour lesquels les moindres coûts seront les seuls arguments.

Que faire alors :

- s'indigner et se draper dans un refus aristocratique de s'inscrire dans une nouvelle donne dominée par les économies budgétaires ?
- se mettre en compétition commerciale avec les organismes du secteur marchand. Nous perdrons alors tant sur le plan commercial (nous ne pourrions pas rivaliser avec eux) que sur le plan déontologique (les personnes d'abord)
- la troisième option, faire mieux ce que nous sommes habituellement capables de faire : l'amélioration des techniques d'accompagnement et de prise en charge, la formation à la citoyenneté, le respect des personnes et de leurs options, la souplesse des réponses, la formation des professionnels, la prise en compte de l'intimité et de la subjectivité ...

C'est cette option, vous l'aurez compris, qui a ma préférence ; plutôt, en effet, que de courir après des propositions low-cost illusoire et non déontologiques, il vaut mieux mettre en avant notre identité, nos connaissances, nos savoir-faire, notre éthique et notre capacité d'écoute au sein de nos réseaux, de la demande sociale, par nature changeante et évolutive.

Comme l'écrit le Professeur Jean-Claude AMEISEN (Le Monde du 01-12-2011), "en anglais, soigner se dit to care. Et to care signifie non seulement soigner, mais aussi attacher de l'importance à une personne". L'action sociale et médico-sociale est l'une des manières essentielles de se soucier d'une personne ; elle ne peut être la seule. Elle n'est que l'une des manifestations par lesquelles une société exprime sa volonté d'attacher de l'importance à tous. Et une société qui exclut les personnes les plus vulnérables en raison même de leur vulnérabilité est une société qui perd son humanité.

Il nous faut donc inscrire nos réponses au chœur de la solidarité collective. Avec la collectivité comme garant, les services sociaux et médico-sociaux doivent permettre d'inventer un monde ouvert sur les autres, dans lequel les spécificités de chacun, dans leur dimension même de vulnérabilité, sont considérées comme tout à fait légitimes et audibles, et non comme une justification possible à la discrimination, l'abandon ou l'exclusion.

Les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent apporter à leur niveau leur part à une double exigence, comme le rappelle le sociologue, François DUBET, celle de l'égalité des droits entre les individus et la reconnaissance de leur singularité.

L'ÉVALUATION DU HANDICAP PSYCHIQUE : UNE CLINIQUE HORS (DU) SUJET ?

Dr. Jordi MOLTO

Ne voyez pas un narcissisme exacerbé dans le fait que je parle souvent de moi dans cet exposé. Ce parti pris méthodologique de parler à la première personne m'a semblé indispensable car mon exposé n'est autre chose que le témoignage d'un psychiatre de secteur, ayant été formé et travaillant depuis 30 ans dans les hôpitaux publics, qui exerce, depuis 4 an, à la MDPH de Bobigny en tant que psychiatre évaluateur.

Je suis devenu « un psychiatre à double casquette » : toujours soignant à l'hôpital public, je suis évaluateur deux demi-journées par semaine.

Je vous convie donc à écouter le rapport de mon « stage découverte ».

J'ai intitulé ce rapport de stage *une clinique hors (du) sujet*. C'est un jeu de mots à double entrée :

1 – A la MDPH je me suis trouvé moi-même hors de mon sujet habituel : le diagnostic et le soin.

2 – Le sujet devant moi n'était pas en position de patient mais d'usager. Mais il ne le savait pas et pensait qu'il allait avoir une consultation ou une visite.

De façon plus poétique j'aurais pu aussi intituler mon intervention « **De l'autre côté du certificat bleu** » car après en avoir rempli des centaines, pendant ma longue carrière, j'ai pu savoir enfin le chemin qu'il parcourait après mon coup de tampon. A l'heure actuelle les certificats médicaux ne sont plus bleus...

Mon premier état des lieux je l'ai fait très rapidement puisque, avant même de commencer mon travail d'évaluateur, j'ai procédé à l'autoévaluation de mon niveau de connaissances sur les missions et le fonctionnement de la MDPH, sur la Loi du 11 mars 2005... **pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.**

Je n'en savais pas grand-chose...

Si je vous fais cette confidence c'est pour que vous compreniez mieux quelle a été ma réaction lorsque, dès mes débuts à la MDPH, je suis tombé sur un certain nombre de certificats médicaux, pas ou peu exploitables pour l'évaluation. Certificats incomplets, manifestement remplis à la va vite...

J'ai tout simplement pris mon téléphone, non pas pour faire le moindre reproche à mes confrères mais pour leur demander des renseignements complémentaires. Le plus souvent j'ai eu au bout du fil des médecins généralistes ou psychiatres disponibles, qui n'avaient pas besoin d'aller chercher le dossier du patient, ils le connaissaient parfaitement et étaient capables de me donner, en direct-live, des renseignements précis et précieux.

Je sentais qu'ils appréciaient le fait de pouvoir collaborer de cette manière à l'évaluation. Certains ont eu l'agréable surprise de constater que la MDPH était habitée... selon l'expression de l'un d'entre eux...

Beaucoup en ont profité pour demander des renseignements sur notre fonctionnement...

Ce qui démontre que la façon dont est rempli le certificat médical n'est pas toujours le reflet de la qualité de la prise en charge et/ou de l'intérêt que le médecin généraliste ou le psychiatre portent à son patient.

Alors pourquoi ce décalage entre la qualité de la prise en charge et la médiocrité de certains CM? L'ignorance des dispositifs de la nouvelle loi, de la part des médecins, serait la seule raison ?

Il existe d'autres explications, qui ne s'excluent pas entre elles, que nous devons connaître car elles nous montrent la situation dans laquelle se trouve l'usager lorsqu'il entreprend sa demande de compensation.

- 1- La **persistance d'une vieille habitude** : du temps de la COTOREP il suffisait de mettre certains mots clés (psychose chronique, évolution déficitaire, patient dépendant de son entourage...) pour avoir l'AAH, les médecins n'avaient pas l'habitude de parler du retentissement de la maladie sur l'usager... rappelons historiquement que l'AAH a permis l'autonomisation des malades psychiatriques et leur vie hors les murs de l'asile... appartement thérapeutiques...
- 2- Beaucoup de médecins pensent, en toute bonne foi, que le CM est juste ce qui permet de **faire passer** le dossier et qu'après c'est aux évaluateurs de faire le travail.
- 3- Une **allergie** à tout ce qui est administratif de la part des médecins ?
- 4- Des **positions soignantes** (trop dogmatiques ?) assez répandues en psychiatrie où le psychiatre ne veut pas se mêler du social. Il veut préserver la pureté du cadre du soin, il ne veut pas que l'administratif interfère dans le transfert... et demande au MG de remplir le CM et celui-ci se trouve en mauvaise posture...

Je ne voudrais pas vous donner l'idée que mon long passé de soignant fait que je **reste trop focalisé sur le diagnostic**. S'il y a bien une chose que j'ai pu constater à la MDPH c'est que le fait de connaître avec précision la pathologie dont souffre l'usager est indispensable, mais ne suffit pas à établir l'évaluation d'un handicap, puisque **le handicap n'est jamais la résultante exclusive de la maladie**.

On ne doit pas raisonner exclusivement en termes de gravité selon des éléments cliniques tels que : névrose, psychose, chronicité, stabilisation, évolution déficitaire, etc. Il faut prendre en considération également d'autres éléments environnementaux

- Le moment évolutif de la maladie. Ce qui est permanent dans les troubles psychiques est leur constant changement...
- La personnalité de base et la relation du sujet à sa maladie, qui évolue dans le temps également.
- Le dispositif soignant mis en place autour du patient, ou son absence...
- Les interventions des travailleurs sociaux
- L'environnement familial, social et professionnel.

Tout cela c'est **le patient « environné »**

Tous ces facteurs conjugués font **qu'une même maladie n'aura pas un retentissement identique selon les personnes**, ne provoquera pas le même niveau de handicap et n'aura pas les mêmes besoins en matière de compensation...

Pour le résumer en une phrase:

Contrairement à ce que l'on peut observer assez souvent dans les handicaps sensoriels ou moteurs, dans les situations de handicap d'origine psychique il y a rarement une solution de compensation reproductible à l'identique entre des patients ayant un diagnostic identique.

En un mot : A diagnostic égal il n'y a pas forcément un taux d'incapacité identique.

Donc la transition est toute trouvée :

Aussi important soit-il, le CM n'est pas la seule pièce du dossier. L'examen de l'ensemble de son contenu nous amène à constater qu'il existe assez fréquemment **une incohérence dans les demandes formulées**.

Ces incohérences sont dues, soit à la **méconnaissance** de la nature et des conditions d'obtention des prestations, soit à **une déconnexion** entre les souhaits exprimés par l'usager et les demandes formulés par les services sociaux et les médecins.

Exemple de **méconnaissance**:

Demande d'AAH, avec complément de ressources, couplée à une demande de RQTH. Demandes de PCH non justifiées.

Exemple de **déconnexion** :

On me soumet un dossier (avec une première demande d'AAH et RQTH) à traiter en priorité puisque l'assistance sociale a trouvé un stage à l'usager qui commence dans un mois... le Certificat médical évoque une incapacité totale au travail même en milieu protégé... discussion avec le psychiatre de secteur au téléphone qui me dit ne pas être au courant de la demande du service social

... il décide d'organiser un synthèse dans le service au sujet de la situation de ce patient... dans les 15 jours je reçois un nouveau dossier parfaitement exploitable...

Cet exemple, parmi tant d'autres, montre que le psy MDPH peut jouer un **rôle connecteur**. Mais l'idéal ce serait que cette connexion se fasse en amont.

D'où l'intérêt à « connecter » l'usager et ses proches avec les différents intervenants du champ social et sanitaire à l'occasion de l'établissement d'une demande de compensation.

Il n'y a pas plus stable et fiable qu'un trépied : Usager/Proches (médecins et autres intervenants)/MDPH

Analysons maintenant un autre aspect de la relation complexe entre la compensation du handicap et le soin et qui pose le problème des limites d'intervention de la MDPH.

Quel est le **droit d'ingérence** de l'évaluateur lorsqu'il constate que l'usager n'est pas soigné et que cette absence de prise en charge aggrave son handicap ?

Est-ce que la MDPH peut s'autoriser une sorte d'injonction de soins préalable à la compensation ?

Et puisqu'on parle d'injonction, c'est bien une injonction paradoxale à laquelle sont confrontées les MDPH dans ces situations car elles sont tenues, non seulement d'attribuer des prestations et des aides, elles sont également obligées d'en contrôler leur effectivité... Elles doivent s'assurer qu'elles pourront être mises en place.

Le cas d'un patient qui n'ouvre pas sa porte aux soignants et encore moins aux travailleurs sociaux...

Les soins sous contrainte existent mais pas les compensations sous contrainte....

La loi de 2005 porte dans son titre même «**Egalité des chances...** » son objectif principal. On ne peut qu'être d'accord, mais il ne faudrait pas oublier que le premier droit d'un malade (qu'il se reconnaisse comme tel ou pas) est celui d'être en égalité des chances dans l'accès aux soins...

Il ne peut pas y avoir une égalité des chances à la compensation sans garantir une égalité des chances dans l'accès aux soins !!

Si la MDPH ne prend pas position devant cet épineux problème certains médecins le font déjà. (Voir **lettre 1** en Annexe)

Toujours au sujet de la relation soins/compensation j'ai pu me rendre compte que si les évaluations et orientations de la MDPH n'ont pas une incidence sur les soins donnés à l'intéressé, elles peuvent contribuer indirectement à améliorer son état de santé ou au contraire l'aggraver.

Le meilleur médecin soignant ce n'est pas celui qui prescrit la plus grande quantité de soins ou de médicaments, ce n'est pas celui qui donne tout ce que le patient lui demande... **Un bon médecin évaluateur** n'est pas celui qui octroie toutes les compensations dont il dispose. Dans les deux cas il doit faire preuve non seulement d'humanité mais surtout de discernement. Il s'agit en somme de donner une réponse adaptée et évolutive qui ne peut être que singulière pour chaque patient.

Poursuivant encore le parallèle entre le soin et l'évaluation on pourrait dire qu'une bonne orientation c'est comme un bon traitement : elle n'est pas exempte **d'effets secondaires**... le plus fréquent et redouté par le psychiatre évaluateur c'est que les décisions de la MDPH soit mal comprise par l'usager... et son entourage.

Lorsque le médecin soigne un patient il explique tout autant le motif de la prescription que les raisons pour lesquelles il n'accède pas à telle ou telle demande.

Ce qui n'est pas le cas lors que la MDPH communique les refus aux usagers.

On le sent dans les courriers des recours amiables, que ce soit de la part des usagers, de leurs médecins ou des travailleurs sociaux... ils commencent souvent la lettre par « Je ne comprends pas... ».

Cette incompréhension commence déjà par l'inquiétude ressentie et exprimée par les usagers, lorsqu'ils reçoivent une convocation pour une visite psychiatrique... des craintes compréhensibles et légitimes : je vais être obligé de raconter ma vie à un inconnu, aussi compétent et bienveillant soit il...

? Va-t-il être d'accord avec mon médecin ? **Et à posteriori lorsqu'on refuse leurs demandes certains pensent qu'ils ont loupé leur entretien...**

D'où plusieurs questions : faut-il argumenter, circonstancier le refus ? Faudrait-il le faire par l'intermédiaire des médecins traitants ? Comment rassurer l'usager ?

Une façon de délimiter un champ d'intervention c'est aussi de dire, à la personne en face de soi, ce que *l'on ne va pas faire* :

- On ne va pas mettre en cause le bien-fondé de la demande de compensation,
- On ne met pas en doute sa souffrance,

- On n'est pas là pour contrôler les soins reçus ou constater leur inadéquation ou leur l'absence...
- La visite médicale à la MDPH n'est pas une contreexpertise

On peut également profiter de la visite pour l'informer de ses droits de recours, en cas de non obtention des compensations demandées, lui expliquer comment formuler d'autres demandes si nécessaire etc.

Tout cela doit contribuer à mettre à l'aise l'usager, ce qui est déjà une fin en soi, tout en permettant que l'évaluateur puisse **utiliser le savoir du patient qui est l'expert profane de sa propre maladie**, surtout que lorsqu'il est en état de venir à la MDPH, l'usager n'est pas en phase aiguë de sa maladie...

Tous les moyens visant à informer les usagers n'auront d'efficacité que s'ils vont de pair avec des **actions de sensibilisation** visant les familles, les associations, les travailleurs sociaux et les médecins. C'est ce que je suis en train de faire.

Le but étant que les psychiatres et MG intègrent ce qui se passe avant, pendant et après leur certificat médical, en lien avec les autres acteurs du soin et du médico-social. Que le fait d'adresser leur patient à la MDPH fasse enfin l'objet d'une réflexion globale du patient tenant compte de sa psychopathologie... Certains médecins le font déjà (Voir **lettre 2** en Annexe)

Je termine mon exposé comme je l'ai commencé : en vous faisant une confidence

En arrivant à la MDPH, que je voyais comme une *terra incognita* je me suis rappelé d'un vieux proverbe qui dit

« Lorsque tu ne sais pas où tu vas, regarde d'où tu viens »

Les psychiatres nous venons tous de Philippe Pinel qui en 1793, à l'Hôpital Bicêtre à Paris, a donné naissance à notre discipline à partir d'un constat fondateur : **Tout aliéné (comme on disait à l'époque) conserve une part intacte de raison**. La partie saine du moi dira plus tard Freud. Et c'est en s'appuyant sur cette partie saine que les premiers aliénistes vont aider leurs patients à lutter contre la maladie. C'est le principe du traitement moral, l'ancêtre de toutes les formes de psychothérapie. Tout psychiatre soignant sait donc qu'un individu ne se résume pas à sa maladie, aussi grave soit elle.

Lorsque j'ai commencé à travailler à la MDPH j'ai transposé ce principe à mon nouveau rôle de psychiatre évaluateur.

Une personne (que j'ai appris à appeler usager et non patient...) ne se résume pas à son handicap, aussi grave soit-il. **On doit également prendre en considération, prendre appui sur la partie saine, autrement dit : on doit évaluer aussi les capacités restées intactes.**

Le travail de soins et celui de l'évaluation sont fondés sur une même démarche clinique, ils prennent appui sur un même socle conceptuel, ils sont, par conséquent, intimement liés. **Mais cela implique un risque car certains concepts peuvent enfermer un sujet tant au sens propre qu'au sens figuré.** Michel Foucault, le plus grand critique de Pinel et de la psychiatrie qu'il a fondée, prétend que c'est la conceptualisation de la figure du fou qui a permis son enfermement...

Il disait : **« On peut mesurer le degré de civilisation d'une société à la manière dont celle-ci traite ses fous est ses prisonniers »**. Je me permets d'ajouter : **et ses handicapés...** Mais avant de savoir comment on les traite il faut s'interroger sur la manière de catégoriser ces personnes. Autrement dit : quels sont les critères pour considérer qu'un individu est fou, passible d'une peine de prison ou handicapé ?

Vous voyez que cette double casquette commence à me faire tourner la tête... Je risque d'entorse de neurone... par excès de conceptualisation !!

Les conceptions divisent, l'expérience rassemble. Dans la vie, comme dans l'exercice de son métier ce sont les expériences non choisies qui nous révèlent à nous-mêmes.

Annexe

Ces deux courriers ont été anonymisés. Ils n'ont pas été choisis comme des bon ou mauvais exemples de pratiques médicales. Il ne nous appartient pas de les commenter.

Ils constituent par eux-mêmes des éléments de réflexion sur la relation (forcément complexe et en devenir) qu'entretiennent les médecins avec l'évaluation du handicap psychique.

Lettre n° 1

L'assistante sociale d'un patient adresse un courrier au psychiatre en vue de l'obtention de l'AAH et RQTH. Voici la réponse du psychiatre :

Madame,

Comme suite à votre courrier, je suis au regret de ne pouvoir remplir la demande de statut d'handicapé de Mr. X. L'intéressé est en rupture de soins. Je ne le suis plus depuis un an et demi. Il refuse les thérapeutiques indispensables à la stabilisation de sa pathologie et se considère comme guéri. Il m'a encore confirmé dernièrement sa position lors d'un entretien téléphonique.

Comme vous le savez, l'attribution d'une Allocation adulte handicapé est la contrepartie de l'acceptation des soins réguliers et des traitements au long cours, dont les inconvénients peuvent entraver une insertion professionnelle normale (page 4 du formulaire). A partir du moment où les intéressés rejettent ces contraintes et ne se considèrent plus comme handicapés, il leur appartient de chercher eux-mêmes du travail dans le milieu ordinaire. Un médecin ne peut engager sa responsabilité en demandant la qualité de travailleur handicapé pour un sujet qu'il estimerait non stabilisé ou en danger de rechute.

J'ai précisé à Mr. X que j'étais prêt à le suivre à nouveau lorsqu'il accepterait les soins indispensables à son état.

Recevez Madame mes salutations....

Lettre n° 2

Voici une Attestation de suivi circonstanciée qui accompagnait un certificat médical de demande d'AAH.

Je soussigné Dr. A, psychiatre, certifie suivre Mme. B depuis plusieurs années. Au cours de cette période je n'ai pu qu'assister, impuissant, d'une part, à l'expression d'une plainte, justifiée au regard de la biographie compliquée de la patiente et, d'autre part, à l'impression de l'indicible sur le corps.

En effet Mme. B. va de chirurgien en chirurgien car elle ne peut s'ouvrir autrement de sa souffrance. Après l'opération quasi infructueuse des deux canaux carpiens elle s'est fait retirer l'utérus et un ovaire et s'est faite opérée d'un goitre thyroïdien. Toutes ces pathologies sont avérées mais elles n'arrivent pas par hasard. Mme. B., qui est maintenant une véritable balafrée de l'abdomen, présente une pathomimie ou syndrome de Münchhausen. Elle ne peut s'exprimer que par le mal physique et moral.

Sa biographie révèle un vécu masochiste mais dans lequel il n'y a aucune jouissance cachée. La souffrance lui permet seulement de se prouver qu'elle est en vie malgré tous les désirs de mort qui ont pesé sur elle depuis sa conception. La seule mentalisation n'apparaît que dans des vagues idées de persécution mais celles-ci traduisent assez fidèlement son vécu et son presque « légitimes ».

Dans son entourage, sa pathologie réelle - en partie réactionnelle à l'attitude du dit entourage - n'attire pas la compassion mais une colère défensive destinée à ne pas être entraîné dans la spirale de malheur et de dépression qu'elle induit et qui l'anéantit. Mme. B. est une véritable handicapée de la vie, une victime impuissante d'elle-même et le seul traitement est palliatif : une écoute bienveillante qui montre qu'elle ne détruit pas l'interlocuteur et qu'elle n'est donc pas complètement mauvaise et des médications à visée antalgique, antidépressive et anxiolytique.

Aucune activité professionnelle n'est possible pour cette femme qui n'est pas une simulatrice et qui ne cherche pas, malgré les apparences, à tirer bénéfice de sa pathologie. Un classement comme Adulte Handicapée me paraît justifié. Il ne l'incitera pas à se complaire dans son malheur ; de toute manière, elle ne peut faire autrement que « vivre mal ».

EVOLUTION DES POPULATIONS ETUDE D' ACTIONS-H

Alix GACI, Sophie THIOUT, Sandrine RUBEN, Laurent GRASSI, Fabienne PRESSARD

L'objectif de l'association ACTIONS-H est avant tout de faire se rencontrer des professionnels du champ du handicap adulte ou jeune adulte (ESAT, Foyer, Accueil de jour, EMPro, SAVS...) d'Ile-de-France, pour échanger autour de questions qu'ils se posent sur leurs pratiques. Dans nos échanges, nous parlions fréquemment de l'évolution des populations que nous sommes amenés à accompagner, mais avec l'intuition que cette notion d'évolution était très généraliste et que, sur le terrain, elle pouvait revêtir des réalités très différentes.

Nous avons donc souhaité étudier cette question au travers de ce que peuvent en dire les professionnels.

Nous avons élaboré un questionnaire de 6 questions ouvertes sur l'origine des demandes, les changements constatés dans le public accueilli et sur l'incidence que cela pouvait avoir sur le projet d'établissement lui-même. Nous avons sollicités les adhérents de l'association mais également d'autres établissements partenaires pour avoir leur avis sur cette question autour de ces 6 questions :

1- Pour ceux qui participent aux admissions, pensez-vous que l'origine des demandes a changé au cours de ces dernières années ? Si oui, quels en sont les points saillants ?

2 - Dans les nouveaux admis, avez-vous repéré des changements dans l'origine des demandes ?

3 - Constatez-vous dans le quotidien, des modifications dans les caractéristiques des usagers accueillis, qu'ils soient stagiaires, en accueil temporaire ou permanent (comportements, modalités de prise en charge, problématiques sociales) ?

4 - Qu'est ce qui dans l'évolution des populations questionne ou modifie vos pratiques, voire votre projet d'établissement ?

5 - En tant que professionnel, quels sont vos besoins par rapport à cette nouvelle population ?

6 - Au regard de vos réponses aux questions précédentes, pensez-vous que l'évolution des populations dans votre établissement implique de nouvelles modalités dans vos partenariats (conventions, rencontres entre professionnels etc.) et/ou la recherche de nouveaux partenaires ?

Malgré l'enthousiasme du départ et l'intérêt que suscite ce thème, nous avons peiné à obtenir la participation espérée et il est important de remercier ceux qui ont bien voulu se mobiliser.

Au final, cette étude est très modeste (ça tombe bien, nous le sommes aussi !) puisque ce travail s'appuie sur :

- 7 questionnaires d'ESAT
- 13 questionnaires de foyers d'hébergement
- 7 questionnaires d'accueil de jour
- 6 questionnaires d'EMpro

Les résultats présentés n'ont pas l'ambition de vous apprendre quelque chose mais ont l'avantage d'ouvrir le débat.

La question sur l'origine des candidatures est au final très vaste et mériterait de se doter d'outils plus précis que ce questionnaire, tant elle est au cœur de la problématique. ACTIONS-H, avec ses partenaires, aimerait travailler sur cette question des demandes en mutualisant les outils de recueil des candidatures de ses adhérents afin d'en créer un qui permettrait à chaque établissement d'avoir une analyse plus fine des besoins en attente. Mais cela reste encore un projet....

Lorsqu'on interroge les équipes *sur les modifications dans les caractéristiques des usagers accueillis* la réponse positive est quasi unanime. Que ce soit dans le secteur enfant/ado ou adulte, il existe des modifications significatives, car elles sont repérées dans de nombreuses institutions.

Dans les réponses au questionnaire pouvons dégager trois caractéristiques principales.

- Vient d'emblée la question du vieillissement des usagers. Il entraîne une prise en charge médicale plus lourde (comment faire quand la structure n'est pas médicalisée ou que le corps médical n'est pas représenté dans l'équipe ?). Cette question soulève également la nécessité d'une présence

éducative en journée dans les institutions d'hébergement. Le vieillissement est donc aujourd'hui à l'origine d'un travail de réorientation de la personne vers un lieu plus approprié.

- La précarité sociale apparaît comme un fait marquant dans l'évolution ces dernières années dans le champ du handicap que ce soit dans le secteur enfant ou adulte. Cette caractéristique est commune à l'ensemble des réponses et repérée sur tous les types d'établissements quel que soit les âges et la nature des publics accueillis. On constate des usagers et des familles d'usagers rencontrant de plus en plus de difficultés économiques. Certains usagers peuvent présenter des carences socio-éducatives, les parcours de vie sont marqués par des ruptures, des séparations précoces, des périodes d'errance. La question des personnes isolées apparaît ; l'entourage social est plus fragile avec moins d'étayage familial, amical etc.... Les établissements disent accueillir de plus en plus de mères célibataires et dans les établissements enfants les familles monoparentales sont nombreuses. La question alors d'un accompagnement à la parentalité est sous-tendue. La multiplicité des problématiques renforce la complexité des situations et impose un accompagnement global impliquant toujours plus de complémentarité et d'articulation entre les équipes techniques, éducatives et médico-sociales.

- La troisième caractéristique repérée concerne la pathologie des usagers ; De la même manière que l'item précédent, cet aspect est commun à l'ensemble des réponses mais également en augmentation. Les établissements reçoivent davantage de personnes souffrant d'une maladie psychiatrique, et des usagers présentant des troubles du comportement associés à une déficience légère. Ces personnes sont autonomes dans les actes du quotidien, mais sont instables dans leur humeur, leurs comportements. En conséquence, les transgressions du cadre sont nombreuses. Les équipes sont confrontées à problèmes d'assiduité mais également à des actes de violence, des passages à l'acte. Les équipes sont donc sollicitées dans leurs compétences d'écoute, de contenance de l'angoisse et des émotions. Elles indiquent dans leur réponse des déplacements dans les types d'accompagnement proposé avec des glissements dans les champs de compétences impliquant de nouvelles postures. La transmission de savoir technique / savoir-faire s'associe toujours plus à des savoir être faisant appel à des capacités d'analyse et de réaction immédiate face à ces situations.

Paramètre important à prendre en compte en conséquence des deux caractéristiques que sont la précarité sociale et/ou la maladie psychiatrique, celui des addictions. L'alcoolisme, la dépendance aux médicaments ou autres substances, l'addiction vient se surajouter. Cette problématique a été repérée à plusieurs reprises dans les réponses énoncées et vient donc interroger le cadre de travail et les accompagnements proposés en établissement.

Caractéristique, plus spécifiquement au secteur enfant, les orientations vers le milieu spécialisé sont plus tardives. En EMpro, on constate de plus en plus d'admissions de jeunes issus directement du collège. Ils intègrent l'éducation spécialisée après un parcours difficile au sein de l'Education Nationale et après avoir expérimenté l'ensemble des dispositifs adaptés au milieu ordinaire (clis, segpa, upi, upil, Ulis...). La rencontre avec le secteur du handicap est alors vécue de façon violente et douloureuse, ces nouveaux jeunes usagers ont des difficultés à trouver leurs repères, à s'identifier aux autres. Les débuts de prise en charge sont donc complexes pour les équipes.

Enfin, la question de la diversité des origines a émaillé également les réponses liées aux caractéristiques ; la prise en compte des différentes origines des usagers, les références culturelles et systèmes éducatifs qui s'y attachent, la question de la notion de parcours et de trajectoire de vie sont des paramètres toujours plus prégnants dans les arrivées des personnes dans les établissements, elles interrogent nos modalités d'admission, d'accueil, d'accompagnement et de rencontre.

A la lecture des réponses à ce questionnaire, nous faisons donc ce constat que le public accueilli se diversifie de plus en plus. Nous avons à faire avec plusieurs « handicaps » : mental, psychique, social. Dans les réponses, nous observons deux types de réactions des équipes pour faire face à cette multiplicité des handicaps.

Les équipes les moins remises en cause dans leurs pratiques sont celles qui proposaient déjà une mixité dans les admissions ou des structures (handicap mental et handicap psychique ou personnes présentant une déficience légère avec des troubles du comportement associés). Ces établissements peuvent rencontrer des difficultés d'adaptation mais se sentent moins déstabilisées dans leur fonctionnement ou leur projet. La problématique du handicap psychique invite les équipes à être dans une constante remise en cause de leur travail, là où le handicap mental peut entraîner une certaine inertie des équipes. D'ailleurs, ces structures peuvent développer des services innovants (comme le SEM à l'ESAT d'Aubervilliers), ou soutenir des projets de création de SAVS, FAM...

Dans les établissements qui avaient l'habitude d'accueillir une plus grande majorité de personnes en situation de handicap mental, les équipes sont en plein questionnement. Les professionnels s'inquiètent quant à leurs compétences pour proposer une prise en charge adaptée à leurs usagers. Ils expriment des inquiétudes et insistent sur leurs limites et celles de leur institution.

Certains sont dans la réflexion autour de leur projet d'établissement qu'ils viennent re-questionner. Ils sentent le besoin de redéfinir leurs axes de travail, éclaircir et préciser les agréments et le public qu'ils ont comme mission d'accueillir : ils sont dans une recherche de sens.

Cette diversification de la population entraîne une diversité des pratiques. La question principale qui est alors soulevée est l'adaptation et l'individualisation des prises en charge :

Les horaires, les règlements (le cadre) sont questionnés. Il faut pouvoir proposer plus de souplesse dans les cadres existants (l'ouverture des foyers en journée pour des personnes ne pouvant plus se rendre en ESAT, développer des accueils séquentiels pour une meilleure prise en compte de la fatigabilité des personnes...)

Il y a une nécessité, comme une évidence qui s'impose de développer des partenariats : avec les secteurs de santé mentale, le secteur social, le milieu ordinaire. Il y a un besoin de « passer la main » à d'autres plus « spécialisés ».

Le vécu des équipes a fait émerger des besoins en termes d'accompagnement pour faire face à ces situations qui les dépassent et des besoins de formations à ces nouveaux modes de prise en charge. Les professionnels souhaitent participer à des groupes d'analyse de pratique, afin qu'on leur apporte des « outils » et de la réflexion quant à leur positionnement professionnel. Ils expriment le besoin d'être soutenu, pour ainsi se sentir plus rassuré dans leurs pratiques quotidiennes.

Pour illustrer ces observations des professionnels rencontrés, nous souhaitons vous proposer une présentation d'une petite vignette d'une jeune femme que l'équipe de la SAJ de Chennevières a rencontré. Sa prise en charge met en avant cette nécessité de partenariat, ici entre une équipe de soin et un SAJ.

Trois années de Paloma au Service d'Accueil de Jour

Rapide présentation

Paloma est une jeune femme d'actuellement 26 ans. Elle est usagère du SAJ depuis un peu moins de trois ans.

Paloma est née en Espagne et elle est arrivée en France avec ses parents à l'âge de six ans. Paloma est suivie depuis son enfance en CMP et hospitalisée en psychiatrie depuis sa majorité. Elle présente des troubles du comportement associés à une légère déficience.

Son premier contact avec notre association a eu lieu fin 2008 à l'occasion d'un stage « relais » d'évaluation au travail, sur un service dépendant de l'ESAT de Champigny.

Elle avait été orientée là par son équipe de l'hôpital et notamment l'assistante sociale de son service, (qui reste notre principale interlocutrice concernant Paloma) l'objectif principal de ce stage était de préparer un projet travail pour Paloma. Paloma elle, se projetait star de cinéma.

A l'issue des six mois évaluatifs, l'équipe du relais formulait qu'une orientation en ESAT était prématurée et conseillait d'accompagner plus Paloma dans une démarche de socialisation.

Au printemps 2009, aiguillée par nos partenaires de l'ESAT et soutenue par l'assistante sociale de son service hospitalier, Paola a fait une demande de stage dans notre service d'accueil de jour.

Stages sur le SAJ

En 2009 deux stages de quatre semaines ont été organisés.

Paloma s'est présentée comme une jeune femme dynamique, volontaire et pleine d'humour. Pour notre service elle présente un bon niveau de compréhension et réalise assez aisément les différentes tâches demandées. Les difficultés qu'elle a rencontrées sont plus de l'ordre de la fatigabilité et de la régularité de présence. Elle semblait se plaire sur ce lieu mais était parfois très angoissée ou parasitée par toutes sortes de pensées.

L'objectif principal de ces stages était évaluatif, mais la finalité était la recherche d'un lieu d'accueil pour adultes proposant des activités et permettant à Paloma de développer son autonomie hors de l'hôpital.

Lors de cette période et à l'occasion des différentes réunions entre les deux structures l'assistante sociale du service hospitalier a fait découvrir le SAJ et son fonctionnement aux autres professionnels

de son service en les amenant avec elle dès que possible. (contacts entre les deux équipes pour créer du lien et faire découvrir un fonctionnement différent)

Admission

Le 19 octobre 2009 Paloma rentre officiellement au SAJ :

- *Une notification CDAPH en SAJ autorise cette orientation,*
- *un contrat d'accueil est signé, entre le SAJ, Paola et sa tutrice,*
- *ainsi qu'une convention de partenariat entre notre service et le secteur. Le psychiatre référent de Paloma semble étonné mais finalement signe. (à développer car création d'un outil nouveau)*

Dans le contrat d'accueil de Paloma il est stipulé noir sur blanc que l'accueil au SAJ est une étape préalable dans son projet de vie futur. Dans un premier temps, l'évaluation de ses différentes compétences sera affinée, et on travaillera avec elle sa régularité de présence et ses capacités à être dans un groupe.

2010 -2011

En avril 2010, après rencontre des deux équipes en présence de Paloma, un avenant au contrat d'accueil précise certains points selon ce qui est constaté sur le terrain :

- *pour favoriser une sortie de l'hôpital progressive et développer son autonomie : organisation de stage pour Paloma depuis le SAJ, en ESAT ou en foyer d'hébergement. Et organisation de vacances avec le foyer de l'association.*
- *Mise en place d'une demi-journée dans la semaine consacrée à ses RDV thérapeutiques*

Ces projets sont toujours mis en place en travaillant avec Paloma et son équipe de soin sur les relations conflictuelles avec sa famille.

2012

Fin 2011 une rencontre des deux équipes est organisée à l'hôpital. Son psychiatre nous apprend que Paloma sera sortante de l'hôpital en 2012. L'équipe du SAJ informe que des places seront libérées sur le foyer à la mi-2012. Les deux équipes se mettent d'accord sur le fait de donner la priorité au projet hébergement pour ne pas mettre plus en difficulté Paloma.

Les deux services informent Paloma de ces faits, séparément, mais de manière coordonnée.

Prochainement, *aura lieu une réunion concernant le projet de vie de Paloma. L'équipe de l'hôpital y sera évidemment présente. Elle a demandé à son père d'être là aussi. Sur cette rencontre les positions et possibilités de chaque structure seront présentées. Concernant Paloma, l'objectif est qu'elle puisse parler de ses envies et donner son avis, mais aussi que nous l'aidions à prendre en compte le principe de réalité. (c'est-à-dire qu'il faudra qu'elle surmonte ses angoisses pour intégrer le foyer)*

Conclusion

On ne peut pas présager avec exactitude de la tournure des événements pour la suite du projet de vie de Paloma. Elle est déstabilisée par son départ futur de l'hôpital mais, on constate une évolution de son positionnement plus affirmé. Il semble qu'elle souhaite plus qu'avant faire rentrer sa famille dans l'équation.

Durant ces trois années, l'équipe de l'hôpital et celle du SAJ n'ont pas fait tronc commun pour tout, mais les choses se sont passées en concertation et les deux accompagnements, social et sanitaire, se sont articulés. Outre les rencontres biannuelles, les liens téléphoniques se font correctement et en cas de besoin. Au niveau de l'hôpital, le travail de communication est facilité par le positionnement de l'assistante sociale qui serre d'interlocutrice référente.

Cette prise en charge étape par étape de cette jeune femme n'a été et n'est possible que parce que les différents partenaires ont réussi à aller dans la même direction. Cela en s'appuyant sur les spécificités des deux services et des professionnels concernés (de la santé mentale et du médico-social). Il a également été nécessaire de créer de nouveaux outils communs et de prendre le temps d'apprendre à se connaître dans nos missions et limites respectives.

LES EMPLOIS MODULES EN ESAT

Thierry BEULNÉ, Stéphanie DANDROY

I – INTRODUCTION

A partir de notre expérience, nous proposons une réflexion d'équipe sur les réponses possibles d'emplois pour des personnes en situation de handicaps psychiques en ESAT.

Les constats réalisés depuis plusieurs années nous ont amené à proposer la création par l'ESAT d'Aubervilliers, d'une douzaine d'emplois d'ESAT (création de 6 places nouvelles et transformation de 6 places existantes) à configuration particulière (aménagement de la durée, du rythme et de la continuité du travail) au sein d'un service d'emplois modulés. Notre projet présenté devant le CROSMS en mars 2010 a obtenu un avis favorable, nous sommes à ce jour en attente du financement.

Dans ce contexte, nous exposerons dans cet article après avoir présenté les caractéristiques de l'ESAT, les raisons qui ont motivé notre projet, notamment l'analyse des besoins ; ce que nous entendons par « emplois modulés ». Nous étayerons cette présentation par des vignettes cliniques de personnes handicapées psychiques nécessitant des aménagements spécifiques pour leur maintien dans l'emploi.

II – PRESENTATION SUCCINCTE DE L'ESAT

L'ESAT d'Aubervilliers est ouvert depuis novembre 1999. La constitution de l'effectif des travailleurs handicapés (70 places à l'ouverture) a tenu compte de la diversité des candidatures qui nous ont été adressées ; la population accueillie est très hétérogène du point de vue des profils psychopathologiques, des niveaux d'adaptation sociale et de l'efficacité professionnelle. L'handicap des travailleurs est consécutif à des déficiences intellectuelles et/ou psychiques. Dans leur grande majorité, les travailleurs handicapés de l'ESAT présentent des problématiques psychologiques et sociales complexes liées à des parcours de vie chaotiques, caractérisés par des situations sociales précaires, des problèmes en lien avec l'immigration et dans de nombreux cas, des ruptures psychiatriques.

L'ESAT d'Aubervilliers s'est développé en augmentant progressivement le nombre de travailleurs handicapés accueillis, en diversifiant les modalités de sociabilisation et d'exercice professionnel, en étoffant les actions de soutien, de formation et de suivi.

La capacité d'accueil est aujourd'hui de 107 places :

- 100 places en ESAT
- 7 places au service de réadaptation professionnelle (7 personnes/semestre soit environ 15 personnes / an).

L'ESAT d'Aubervilliers se donne pour objectifs :

- Une adaptabilité constante aux nouvelles attentes des personnes handicapées mais aussi à un champ économique et à un marché de l'emploi profondément modifiés.
- Une prise en compte de l'intérêt professionnel et humain des usagers, la recherche d'une qualité de vie et le développement de leurs capacités d'autonomie.
- L'instauration d'une relation de qualité entre les professionnels et les usagers.
- Le respect scrupuleux des droits des usagers.

Compte tenu des caractéristiques des personnes accueillies, l'ESAT attache une attention particulière à l'exercice des droits des usagers, notamment l'apprentissage de la citoyenneté, la représentation, l'amélioration générale de la qualité de vie... Depuis l'ouverture de l'ESAT, nous avons laissé une place importante à l'expression des travailleurs accueillis et favorisé la création d'instances de participation et d'information (réunions d'expression, commissions d'usagers, journal...) ; tout d'abord pour que les travailleurs aient une bonne compréhension de l'organisation de l'ESAT et des réponses institutionnelles ; mais surtout, afin qu'ils aient un rôle actif dans le fonctionnement de l'établissement, condition essentielle de l'effectivité des droits et de l'appropriation, par le travailleur, de son projet personnalisé.

Nous nous efforçons à ce que l'ESAT d'Aubervilliers joue pleinement son rôle à la fois de lieu de travail et de centre d'appui à des parcours sociaux et professionnels adaptés.

III – ANALYSE DES BESOINS

Depuis plusieurs années nous attirons l'attention de la DDASS (aujourd'hui de l'ARS) et de la MDPH de Seine-Saint-Denis, sur l'évolution des personnes handicapées qui nous sont orientées par la CDAPH. Nous constatons, pour un grand nombre de candidats, une plus grande complexité de leurs problématiques, notamment une désaffiliation sociale importante consécutive à des pathologies psychiatriques : il s'agit pour certains d'entre eux d'handicaps psychiques particulièrement invalidants auxquels s'ajoutent d'autres problèmes : précarité et rupture du lien social, notamment.

Notre projet de création d'un service d'emplois modulés au sein de l'ESAT est motivé par l'analyse de l'évolution des besoins des travailleurs handicapés orientés par la MDPH vers notre établissement, des résultats de notre service de réadaptation sociale et professionnelle « le Relais » et enfin de la situation de certains travailleurs handicapés travaillant à l'ESAT. Cette analyse des besoins est étayée par plusieurs études récentes réalisées en Seine-Saint-Denis, sur la situation des personnes présentant un handicap psychique.

➤ Les orientations MDPH

	2007	2008	2009	2010
Candidatures reçues à l'ESAT	59	99	62	51
Candidat contacté (courrier pour rendez-vous)	59	99	62	51
Candidats reçus en entretien	26	29	26	30
Candidats admis	15	11	8	19
Signature du CSAT	9	5	6	5

Le traitement des candidatures sur 4 années passées, appelle plusieurs commentaires, notamment sur la faible proportion de candidats se présentant à leur entretien d'admission (41%), sur le nombre restreint de candidats admis (19%) enfin sur le peu de personnes qui ont pu signer leur contrat de soutien et d'aide par le travail à l'issue du 1^{er} mois qui suit l'admission (9%).

Nous avons fait part dans notre 1^{er} rapport d'évaluation interne ainsi que dans les rapports d'activité, de l'analyse de ces résultats. En résumé, nous constatons que la quasi-totalité des candidats présente des troubles graves de la personnalité avec ou sans soins psychiatriques et de longues périodes d'errance qui invalident fortement leurs capacités à occuper un emploi même dans un environnement professionnel très protégé. Leur admission à l'ESAT, sans un travail de préparation méthodique à l'emploi, n'est pas réaliste. Les résultats obtenus dans notre service Relais corroborent ce constat.

En lien avec notre projet de création d'un service d'emplois modulés, il est intéressant de noter que plus de la moitié des candidats admis à l'ESAT ne terminent pas leur période d'essai (53%). Tous ces

travailleurs handicapés avaient en commun de bonnes aptitudes professionnelles invalidées par une grande fragilité psychique.

Après l'obtention de son bac, Monsieur F a cumulé durant 3 ans plus d'une quinzaine d'emplois dans les métiers de la sécurité et de la manutention, avant de rencontrer des problèmes de santé mentale qui l'ont éloigné du travail pendant 7 ans. Lors de sa période d'admission, monsieur F évoque pudiquement l'enjeu existentiel qui motive son projet professionnel. Son équipe de santé mentale nous expliquera en effet que monsieur F vit dans une extrême précarité et un grand isolement. Au niveau social, il ne connaît que la violence de la cité, à laquelle il se plie pour pouvoir subsister ; au niveau familial, son acceptation dépend entièrement de la preuve qu'il doit apporter de son utilité : sans activité et sans revenu, il est caché par sa famille, son rejet étant justifié par ce leitmotiv : « tu ne sers rien ». De fait, pour son équipe, le projet de travailler s'inscrit dans la perspective de l'appartenance à un nouveau groupe social, de la possibilité de créer un ancrage dans un espace où le sentiment d'estime de soi pourra se donner une chance d'émerger.

Monsieur F commencera sa période d'essai sur l'activité d'entretien de locaux. Il présente d'emblée de bonnes aptitudes professionnelles, mais les efforts continus mobilisés par cette reprise d'activité ne lui permettent pas d'être disponible psychiquement pour ce travail dans la durée. Au fur et à mesure, les moments où l'angoisse le submerge se font plus rapprochés, il a besoin de s'isoler sur son lieu de travail. Très déçu, monsieur F voit son admission venir alimenter un mouvement d'autodépréciation déjà très présent. Progressivement, il aura quelques absences, avant d'abandonner l'ESAT et même de disparaître pendant quelques jours, comme nous l'indiquera son éducateur de rue. La proposition d'une reprise de sa période d'admission ne trouvera pas d'écho favorable, monsieur F associant cette expérience à un échec trop douloureux. Monsieur F continuera ainsi ses recherches dans d'autres ESAT.

➤ **Les résultats du service de réadaptation professionnelle « le Relais »**

Nous avons créé le service de réadaptation en 2006 pour des personnes présentant des maladies psychiatriques et souhaitant reprendre une activité professionnelle. Nous accueillons une vingtaine de personnes par an qui nous sont adressées par des secteurs de santé mentale avec qui nous établissons une convention (les stagiaires n'ont pas forcément une orientation professionnelle par la CDAPH). Le travail de réadaptation effectué par le service est présenté dans un article de l'ouvrage « Les handicaps psychiques – Concepts, approches, pratiques », Presses de l'EHESP, 2009.

Le service Relais, au cours des années 2009 – 2010, a préconisé pour 7/20 stagiaires, un retour aux soins. Pour la majorité de ces stagiaires, le stage a révélé des capacités de travail intéressantes, mais avec une difficulté trop importante de pouvoir les mobiliser et les utiliser dans la durée du fait de leur état de santé. Cependant, avec des aménagements spécifiques (au niveau de leur intégration dans un groupe, de l'organisation du travail...), leur insertion professionnelle aurait pu être réaliste.

Lors de son admission au Relais, monsieur A affirme d'emblée son attachement à l'idée de travailler. Désireux de donner une nouvelle impulsion à sa vie, il pose le travail comme une source essentielle de valorisation personnelle (« travailler, c'est se donner de l'importance à soi même » aime dit-il à dire) et comme un levier indispensable à une meilleure insertion dans la société, au sein de laquelle il éprouve le besoin de se sentir utile. Ce projet s'inscrit dans un long processus de reconstruction personnelle : stabilisé sur le plan de la santé, il vient de sortir d'hospitalisation d'office et d'intégrer un appartement associatif. Il se sent maintenant prêt à travailler, après 7 années d'inactivité.

Son début de stage en conditionnement vient nourrir son enthousiasme, car monsieur A s'adapte étonnamment à toutes les exigences inhérentes à l'emploi. Cependant, dans la durée, pris dans un contexte de dépassement de soi très sollicitant, il commence à manifester progressivement des signes d'essoufflement. La centration sur le réel du travail lui est trop contraignante, et les espaces dont il se saisissait auparavant pour s'oxygéner lui font défaut. Cette saturation le fragilise : ses pauses deviennent plus fréquentes, et il part

parfois en cours de journée. Son enthousiasme du début de stage glisse vers l'expression de sentiments mélangés, avec d'une part le désir entier que son insertion professionnelle se réalise, et en même temps sa nécessité de ne pas être submergé par une activité qui dépasse ses capacités.

➤ **L'évolution des besoins des travailleurs handicapés de l'ESAT**

Six travailleurs handicapés déjà admis dans l'établissement, nécessiteraient en raison des fluctuations de leur état de santé mentale, d'un aménagement de leurs conditions de travail pour pouvoir continuer à travailler à l'ESAT. Il s'agit de travailleurs dont l'ancienneté dans l'établissement varie entre 3 ans et 9 ans, ils montrent de l'intérêt pour les activités proposées et sous certaines conditions d'aménagement de leurs activités, une bonne efficacité professionnelle. Leur ancrage à l'ESAT est essentiel pour leur insertion sociale. Tous bénéficient d'un suivi médical dans différents secteurs psychiatriques avec qui nous entretenons une collaboration régulière.

Monsieur E a travaillé pendant près de 10 ans sur une double affectation : atelier de conditionnement et détachement dans une grande entreprise. Cette double activité, elle-même modulable en régularité en fonction des possibilités de monsieur E, était en adéquation avec ses aptitudes professionnelles et ses aspirations propres, L'Oréal étant vécu comme un lieu de réalisation de soi professionnellement et l'atelier comme un lieu ressource, dont la possibilité de retour conditionnait la possibilité d'en repartir.

Cependant, depuis quelque temps, monsieur E est invalidé par une angoisse envahissante qu'il ne parvient plus à juguler, et les détachements lui sont devenus impossibles. Même le conditionnement est devenu difficile à réaliser, notamment parce qu'il se fait au milieu d'autres. A ce jour, glisser de l'articulation passée « conditionnement-détachement » à une nouvelle organisation « conditionnement-soin » où le travail en atelier prendrait la symbolique d'un espace narcissique et le soin un espace de repli, pourrait permettre à monsieur E de se redynamiser à partir d'espaces bien distincts mais complémentaires.

➤ **Des études récentes en Seine-Saint-Denis**

Le département considère les réponses au handicap psychique comme un des axes prioritaires de son schéma 2007 – 2011. Les besoins que nous avons identifiés à partir de notre structure sont corroborés par plusieurs études sur le handicap psychique, réalisées sur le département. Notamment :

- l'enquête « Analyse qualitative de l'offre médico-sociale - les troubles psychiques et le partenariat psychiatrique » réalisée sur le territoire de Seine-Saint-Denis par l'ANCREAI Ile-de-France en juin 2006 ;
- le séminaire organisé par l'AFASER en juin 2008 « réflexions et pratiques autour du handicap psychique » qui a montré la richesse des expériences dans ce domaine et a ouvert de nombreuses pistes de travail.
- plus récemment, la constitution d'un groupe de travail, à l'initiative du conseil général « Constituer une offre adaptée aux besoins des personnes souffrant d'un handicap psychique ». Ce groupe réunit des professionnels du secteur sanitaire, médico-social, social, des représentants des familles et des usagers, des personnels de la MDPH, des personnels du conseil général. Ce groupe de travail dont l'objectif est de répertorier les paramètres qui conditionnent l'offre existante sur le territoire et qui permettent de la faire évoluer, à débiter en septembre 2008, ses travaux sont toujours en cours.

De ces lieux de réflexion et d'études sur les problématiques du handicap psychique, des tendances fortes se dégagent :

- pratiquement toutes les structures sociales et médico-sociales de Seine-Saint-Denis (ESAT, service d'accueil de jour, foyers d'hébergement, SAVS...) sont concernées par le handicap psychique ;
- une des caractéristiques des personnes handicapées psychiques au regard des établissements et des services, est de constituer un groupe hétérogène, auquel il est difficile d'apporter une réponse en terme de « tout ou rien » ;
- ce qui caractérise les troubles psychiques, c'est outre la grande dispersion dans le niveau de gravité des troubles, une variabilité ou une intermittence conduisant à des ajustements incessants, la stabilisation étant une étape plus ou moins longue dans une évolution positive ou non de la maladie. A cette variabilité et cette intermittence, les réponses institutionnelles se doivent d'être souples, tout en étant constamment pensées et réajustées. Ceci aussi bien dans le domaine de l'habitat que dans celui du travail ;
- les alternatives institutionnelles sont insuffisamment développées pour les personnes présentant un handicap psychique, cela engendre des craintes lors des admissions dans la perspective des difficultés futures en cas de nécessité de réorientation ;
- la nécessaire création de structures spécifiques (ESAT, foyer de jour, SAMSAH...), ne doit pas cloisonner les offres. La MDPH qui travaille sur l'évaluation du handicap psychique pointe des répercussions communes entre handicap psychique et déficience mentale, notamment sur la participation sociale. Toutefois, l'accueil des personnes handicapées psychiques dans un établissement ou service non spécifique suppose que ce dernier ait une bonne connaissance de cette problématique, que les spécificités du handicap psychique soient prises en compte dans le projet d'établissement. Cela demande des savoir faire et une culture professionnelle particulière ;
- un constat partagé : une amélioration certaine des coopérations sanitaires et médico-sociales. Malgré des disparités encore importantes sur le terrain, le travail en réseau entre les établissements et services médico-sociaux et les secteurs de santé mentale devient plus opérant. Le groupe de travail « Constituer une offre adaptée aux besoins des personnes souffrant d'un handicap psychique », dans sa dynamique et sa mobilisation, est un exemple de coopération fluctueuse. La mise en place d'une formation en santé mentale par l'EPS de Ville Evrard a bénéficié à 250 travailleurs sociaux (assistantes sociales, éducateurs...) en 3 ans. Autant d'expériences qui contribuent à élaborer entre professionnels de secteurs différents, un langage commun ;
- la famille : une composante encore trop peu prise en compte dans les réponses actuelles. Le manque de réponses apportées aux besoins des personnes handicapées psychiques, contraint les familles à assurer parfois plus qu'elles ne le devraient, l'accompagnement de leur enfant. Il apparaît que la famille est moins associée aux soins qu'elle ne l'est à la sortie d'une hospitalisation lorsqu'elle constitue la seule solution envisageable.

Les besoins couverts par notre projet de service sont bien identifiés sur le département. Nous devons cependant regretter l'absence d'analyse de besoin des pouvoirs publics pour la création de places d'ESAT, ce qui posera à court terme des problèmes de carence de réponses d'un côté (peu de personnes handicapées orientées en ESAT trouvent une places), et des difficultés d'occupation des places d'autre part (fin 2010, plus de la moitié des ESAT du département avaient des places vacantes).

IV – LE SERVICE D'EMPLOIS MODULÉS

L'objectif principal du service d'emplois modulés au sein de l'ESAT, est de permettre l'accès au travail protégé à des personnes handicapées psychiques particulièrement déstructurées et désocialisées qui, compte tenu de leurs problématiques, ne peuvent s'adapter aux conditions d'accueil classique en ESAT ; de leur permettre d'exercer une activité professionnelle compatible avec leur état de santé, leurs aptitudes et leur potentiel. Les soutiens du SEM seront temporaires ou durables.

Cet objectif s'inscrit dans le cadre plus général des missions de l'ESAT définies aux articles L. 344-2 et L. 344-2-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ces emplois modulés dont l'aménagement est régulièrement revu (en temps de travail, en rythme et en continuité – ou non -), s'adaptent à la variabilité et à la grande instabilité d'un certain nombre de personnes handicapées psychiques. En outre, ces emplois permettent une complémentarité et une continuité des soins. Cette action conjointe est tout à fait adaptée à des patients du secteur psychiatrique reconnus travailleurs handicapés et orientés en ESAT, elle permet à la fois de préserver leurs activités thérapeutiques sans lesquelles une activité professionnelle ne serait pas envisageable et de mobiliser au mieux leur potentiel sur un temps restreint de travail, modulable dans le temps.

➤ **La capacité d'accueil**

Le service s'adresse à 12 personnes handicapées psychiques qui ont une reconnaissance de travailleur handicapé et une orientation en ESAT par la Commission des Droits et de l'Autonomie de Personnes Handicapées (CDAPH) :

- 6 travailleurs handicapés psychiques orientés par la M.D.P.H. dans le cadre de l'extension,
- 6 travailleurs handicapés psychiques, déjà admis à l'ESAT, qui nécessitent un aménagement de leur accompagnement.

Les modalités d'admission, pour les travailleurs handicapés psychiques présentant leur candidature au SEM, sont identiques à celles prévues pour l'ESAT.

➤ **Les activités et prestations – les particularités**

Pour faire face aux objectifs du service, il sera fait appel à la fois à l'infrastructure et aux dispositifs mis en place au niveau des activités professionnelles et des soutiens psychosociaux de l'ESAT

Le fonctionnement du service prendra en compte les particularités spécifiques au handicap psychique. Nous savons que ce qui caractérise les troubles psychiques c'est leur variabilité, la stabilisation étant une étape plus ou moins longue dans une évolution positive ou non de la maladie. Pour certains travailleurs handicapés psychiques, les conditions d'accueil classique en l'ESAT ne leur permettent pas toujours de maintenir, dans la durée, leur activité professionnelle. Les contraintes inhérentes au travail (horaires, insertion dans un groupe, rythme...) ne sont plus supportées à certaines périodes et entraînent des ruptures dans l'accompagnement.

Le SEM doit être organisé de manière à permettre le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés psychiques de l'ESAT ainsi que leur accueil après une interruption de leur travail suite à des soins ou une hospitalisation psychiatrique

➤ **Les modalités d'aménagement des postes de travail**

L'affectation professionnelle des travailleurs handicapés admis au SEM, se fera en fonction des possibilités d'emplois proposés par l'ESAT (intra et extra muros), de l'intérêt et des capacités des usagers.

L'accompagnement professionnel des travailleurs handicapés du SEM sera personnalisé. Les aménagements spécifiques concerneront plusieurs domaines :

- Le lieu d'exercice professionnel qui doit être suffisamment contenant, que ce soit en atelier intra-muros (atelier de conditionnement industriel, atelier de prestations informatiques), ou au sein d'une équipe de prestation de service (entretien de locaux, d'espaces-verts...) ou dans le cadre d'un détachement en entreprise. Compte tenu de la problématique des personnes accueillies, nous leur donnerons la possibilité d'alterner une activité professionnelle en atelier avec une activité en entreprise ou sur une prestation de services.
- L'insertion dans un groupe de travail, par la possibilité, si besoin, d'un accueil dans un groupe restreint.

- Le temps de travail et le rythme qui devront être compatibles avec l'état de santé et les aptitudes professionnelles du travailleur handicapé (aménagement des horaires et des jours de travail).
- Enfin l'aide technique sur le lieu d'exercice de l'activité, par la présence constante ou intermittente d'un éducateur technique.

Ces aménagements seront formalisés avec le travailleur handicapé, l'équipe de l'ESAT, l'équipe de santé mentale et si besoin d'autres partenaires impliqués dans l'accompagnement social (SAVS, SAMSAH, service habitat...).

Un avenant au contrat de soutien et d'aide par le travail précisera les modalités spécifiques de l'accompagnement professionnel et des soutiens psychosociaux. Cet accompagnement sera évalué régulièrement pour une meilleure adaptation des aménagements aux besoins et projet de la personne accueillie.

➤ **Un travail en partenariat et en réseaux renforcés**

Compte tenu de la problématique des usagers du SEM, les partenariats et les réseaux développés par l'ESAT seront renforcés notamment avec les équipes de santé mentale, les services sociaux et médico-sociaux :

- au moment de l'admission,
- lors d'une action conjointe entre une prise en charge médicale et un emploi au SEM,
- lors de rupture brutale entraînant l'arrêt de l'activité professionnelle et parfois même des soins. L'équipe du SEM peut jouer le rôle de « connecteur » entre la personne et l'équipe soignante,
- lors d'une situation de crise.

➤ **Les moyens complémentaires demandés**

Accompagner au quotidien des personnes handicapées psychiques nécessite un investissement en temps et en personnel, les moyens complémentaires se composeront essentiellement de frais de personnel notamment par un poste d'éducateur technique chargé de l'accompagnement professionnel.

V – CONCLUSION

Nous souhaiterions que les pouvoirs publics utilisent les préconisations de leurs propres études pour déterminer les priorités du financement des services médico-sociaux. La modulation de l'accompagnement professionnel des personnes handicapées psychiques en ESAT est l'une des recommandations de l'enquête d'OPUS 3, commanditée par la DGCS en 2009 : « *La montée du handicap psychique vient questionner la vision traditionnelle des ESAT (...) La prise en compte du handicap psychique suppose que l'ESAT dispose de la capacité à organiser des prises en charges séquentielles et favoriser la prise en charge à temps variable* ».

Par ses caractéristiques, le handicap psychique réinterroge les réponses institutionnelles et de services mises en place dans le champ du handicap.

En effet, en fonction de son état de santé une personne pourra avoir besoin d'un dispositif d'aide qui ne suit pas forcément une chronologie linéaire classique. Par exemple, un travailleur handicapé d'ESAT travaillant en entreprise dans le cadre d'un détachement pourra très bien avoir besoin à un moment donné d'un retour en atelier pour une durée plus ou moins longue et retourner après de nouveau en entreprise. Ce qui est valable pour l'insertion professionnelle l'est pour l'habitat notamment pour le passage d'un foyer d'hébergement vers un appartement autonome avec ou sans l'appui d'un SAVS. Ces réajustements de l'accompagnement nécessitent une organisation institutionnelle ou de service souple, des professionnelles formés et une culture professionnelle partagée. Accompagner ces mouvements nécessite également un assouplissement des procédures administratives et particulièrement celles qui concernent les notifications d'orientation.

Notre projet de service d'emplois modulés n'est pas une nouveauté en soi. Nous sommes un certain nombre d'ESAT à proposer déjà des aménagements de ce type. Dans la mesure où nous accueillons dans nos structures des personnes qui présentent des troubles psychiques importants, on adapte au mieux de nos possibilités, leur environnement professionnel. Sans connaissance ni moyen complémentaire on atteint rapidement nos limites. Il nous semble donc important :

- de communiquer davantage auprès des pouvoirs publics sur le bien fondé de ces aménagements et des conditions matérielles pour les réaliser dans de bonnes conditions ;
- de formaliser cette approche d'emplois modulés et d'en préciser les contours dans nos projets d'établissement ; Car la mise en place de ce type d'aménagement nécessite du temps d'élaboration, de la réflexion d'équipe et de la technicité.
- C'est un savoir faire spécifique d'ESAT que nous devons valoriser.

LA SITUATION DE CLARA AU SAVS.

Odile BRICE

Dans un premier temps je vais vous situer le SAVS dans la structure du Service Habitat.

Le Service Habitat accueille des adultes handicapés mentaux et/ou handicapés psychiques répartis dans des services distincts mais complémentaires en fonction de leur niveau d'autonomie sociale. Pour tous les services, il s'agit d'une population adulte à partir de 18 ans en situation de handicap mental et/ou psychique.

L'objectif principal est la meilleure insertion sociale possible, ainsi que l'attribution d'un rôle actif aux usagers dans la conduite de leur propre vie. C'est pourquoi les structures sont insérées en milieu ordinaire avec une organisation simple et souple. Il s'agit de logements entièrement banalisés, avec peu ou pas de personnel de service, où tout se fait avec et/ou par les usagers eux-mêmes, sous la conduite des éducateurs dans le respect des rythmes et des pathologies.

Dans les services, une formation à la vie sociale est assurée, dans le respect des rythmes et des pathologies de chacun, à partir d'un projet individuel où la dimension d'insertion dans les espaces ordinaires de vie est prépondérante.

1. Les foyers d'hébergements

Les foyers communautaires :

Il s'agit de deux petites communautés de vie (de 7 à 8 résidents) :

- une permanence éducative (nuits et week-ends compris),
- peu de personnel de service, tout se fait avec les éducateurs,
- des logements entièrement banalisés, insérés en milieu ordinaire.

Une partie des résidents se rend en ESAT pour y exercer une activité professionnelle ou dans d'autres lieux d'occupation ou de soins (SAJ, hôpital de jour).

Le foyer intermédiaire :

Situé dans le même quartier que les foyers communautaires, et géré administrativement de la même façon, il permet l'hébergement de quatre résidents ayant acquis suffisamment d'autonomie pour vivre sans permanence éducative, mais n'ayant pas les capacités suffisantes pour avoir accès au Service de Suite en Appartements (SAVS), notamment dans la gestion complète de leur budget.

Un Service d'accueil temporaire, d'Evaluation et de Formation à la Vie Sociale :

D'une capacité de deux places, il permet à de nombreux adultes à partir de 20 ans de faire des expériences de vie de quelques jours à trois mois hors de leur milieu habituel, d'évaluer et expérimenter l'à propos d'un projet en foyer ou appartement et de préparer d'éventuelles étapes futures.

2. Un Service d'Accueil de jour (SAJ) :

D'une capacité de 26 places, le Service d'Accueil de Jour permet l'accueil, dans trois pavillons dont deux mitoyens situés à proximité des foyers, de plusieurs types de populations :

- de jeunes adultes n'ayant pas accès au travail protégé et des stagiaires d'IMPro peuvent être également accueillis de façon temporaire ;
- des adultes ayant travaillé en ESAT, externes et nécessitant des aménagements de leur temps de travail compte tenu de leur avancée en âge et de l'évolution de leur pathologie ;

Ce service s'est également ouvert à l'accueil temporaire et partiel d'adultes adressés par le secteur de psychiatrie ou dans des situations de non-prise en charge institutionnelle.

3. Un Service de Suite en Appartements et d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) :

Il accueille des résidents handicapés mentaux et/ou psychiques pour vingt places en "équivalent temps plein", vivant soit en appartements collectifs (à trois), soit seul en studio. Il s'adresse plus particulièrement aux résidents ayant acquis des capacités suffisantes à vivre seuls. La présence éducative n'est plus constante mais intermittente. Le financement est assuré par les résidents (loyer, alimentation, loisirs, vacances...). 12 usagers sont locataires de logements loués par l'AFASER, 8 places concernent des usagers ayant leur propre logement ou une autre situation de vie.

Clara, âgée de 30 ans, fait partie du SAVS et vit dans un des appartements collectif depuis le 12 février 2011 à Chennevières sur Marne.

Elle nous a été adressée par un ESAT du 94 où elle travaille depuis octobre 2001. Clara vit avec son compagnon à Créteil jusqu'en janvier 2010. Elle se sépare et quitte le domicile le 31 janvier 2010 au soir. Puis elle erre jusqu'au 4 février 2010. Elle ne retourne pas vivre avec son ami.

En arrêt maladie du 6 au 21 février 2010, elle part ensuite vivre en Corse chez sa tante. De retour sur Paris, elle vit chez son père à défaut d'une place en foyer d'hébergement. Elle effectue deux stages au Foyer à Créteil. Le dernier stage, qui a lieu du 17 mai au 10 septembre 2010, est interrompu car Clara fait une fugue. Retrouvée par la police, son père la raccompagne au foyer d'hébergement. Mais dans l'après-midi-même elle repart du foyer. Elle est retrouvée quelques jours plus tard à la gare de Lyon. Elle est alors placée d'office à l'hôpital dans le 93 (hôpital qui s'occupe de son suivi) du 13 septembre au 6 octobre 2010, puis elle retourne vivre chez son père dans le 93.

Le 13 décembre 2010, nous recevons Clara pour un projet en appartement collectif, ayant a priori un bon niveau d'autonomie. L'appartement est géré financièrement par les usagers, ils payent le loyer et les charges. Nous organisons plusieurs rencontres avec Clara. Elle est partie prenante de son projet et souhaite vivre en appartement.

Elle s'installe le 12 février 2011 après plusieurs réunions de préparation. Très rapidement, les relations avec ses colocataires sont difficiles, voire conflictuelles. Elle ne respecte pas l'organisation ni la participation à la vie collective de l'appartement (elle ne fait pas la vaisselle, est absente pour les grandes courses, ne participe pas au ménage...). Elle peut tenir des propos agressifs vis-à-vis de ses colocataires, paraît chercher la provocation. Clara semble avoir du mal à tenir compte de l'autre et ne veut pas vivre avec les autres.

Fin mars 2011, un peu plus d'un mois après son arrivée, Clara fugue. Elle est retrouvée près de Lyon et la police la remet dans un train pour Paris où son père l'attend pour la reconduire à son appartement. Elle refuse et part de nouveau. Dès le lendemain, elle est retrouvée à Lyon. Elle est hospitalisée à l'hôpital Le Vinatier près de Lyon, puis transférée à l'hôpital du 93. Elle reste plus d'un

mois à l'hôpital et revient début mai à l'appartement collectif. Un point est fait avec le médecin de l'hôpital qui pense qu'elle va mieux et lui prescrit un antidépresseur.

Le 17 mai 2011 a lieu une rencontre avec l'équipe de l'ESAT. Sa place est remise en question. Clara est démotivée depuis plusieurs mois, ne travaille pratiquement plus. Elle a effectué plusieurs stages qu'elle a souvent mis en échec. L'ESAT a mis en place des rencontres avec l'ETAPe (Entraide Travail Accompagnement Insertion) pour évaluer sa capacité au travail et chercher une orientation mieux adaptée.

Le 28 mai 2011, nous rencontrons Clara pour son projet individuel. Elle a du mal à verbaliser dès qu'il s'agit de parler d'elle-même. Elle est agressive lorsque nous abordons son comportement à l'appartement, son manque d'implication et ses relations difficiles avec ses colocataires.

Lorsque nous évoquons le budget, l'argent et les relations difficiles avec sa mère, qui est aussi sa curatrice, Clara éprouve de la colère puis une grande peine et souhaite fermement arrêter l'entretien. D'autres rendez-vous ont été proposés pour son projet mais elle n'est pas venue.

Juin 2011, nous rencontrons les parents de Clara, individuellement puisqu'ils sont séparés. Nous leur faisons part des difficultés que rencontre Clara ainsi que de nos difficultés à l'accompagner dans cet appartement où il semble qu'elle ne souhaite plus vivre.

Samedi 30 août 2011, Clara part avec le foyer d'hébergement du Service Habitat en vacances pour quinze jours à Ronce-les-Bains. Au bout de cinq jours, elle ne supporte plus le groupe, elle est en conflit avec les usagers. La chef de service du foyer essaye de calmer les conflits et de passer plus de temps avec elle. A partir du samedi 6 août, Clara se met à errer dans la ville du lieu de ses vacances en revenant le soir tard.

Le lundi 8 août, Clara part et elle est retrouvée sur Paris le mercredi 10 août 2011. Clara est hospitalisée dans l'hôpital du 93, le médecin de l'hôpital lui prescrit un neuroleptique.

Elle revient à l'appartement où la situation se calme un peu. Nous constatons qu'elle ne prend pas régulièrement son traitement, ce qui la rend parfois très agressive avec les colocataires et les éducateurs. Nous nous interrogeons durant cette période quant à sa place au sein de l'appartement, en raison de son manque d'investissement et d'envie et parce que sa relation aux autres locataires pose problème.

Le 24 novembre 2011, une réunion a lieu à l'hôpital du 93 à la demande de l'ESAT. Le directeur et le psychologue chargé d'insertion de l'ESAT sont présents, ainsi que la directrice du Service Habitat, l'éducatrice référente de Clara et moi-même. Cette réunion a pour but de rendre compte de nos difficultés dans la prise en charge de Clara, dans le domaine du travail autant que dans celui de l'hébergement.

En décembre 2011, la curatelle de Clara, auparavant gérée par sa mère, est confiée à une Association Tutélaire.

Le week-end des 18 et 19 février 2012, Clara dévaste sa chambre et casse des CD. Lundi 20 février 2012, l'ESAT nous appelle pour nous signifier que Clara a quitté son lieu de travail. Elle revient à l'appartement le soir-même, sans pouvoir expliquer pourquoi elle a retourné sa chambre, ni pourquoi elle est partie de l'ESAT.

Ce même jour, elle quitte son appartement après le passage des éducateurs et ne revient pas. Le jeudi 23 février, l'ESAT reçoit un appel de l'hôpital de Bourgoin-Jallieu où elle a été amenée par la police qui l'a trouvée en errance sur une nationale. Elle se fait admettre à l'hôpital sous une fausse identité, "Luna Mélissa". Son sac a été perdu ou abandonné quelque part.

L'hôpital de Bourgoin-Jallieu se met en lien avec celui du 93 mais Clara n'y sera pas hospitalisée. Elle revient le vendredi 24 au soir à son appartement où nous l'accueillons. Comme Clara ne se sent pas bien, nous essayons de joindre son médecin à l'hôpital pour l'hospitaliser mais n'obtenons aucune réponse.

Samedi 25 février 2012, Clara repart de son appartement et est retrouvée cette fois sur une nationale vers Créteil par la police qui l'emmène à l'hôpital Henri Mondor où elle passe la journée avant de se rendre chez son ancien compagnon. Celui-ci appelle la mère de Clara qui nous prévient. La chef de service du foyer la fait hospitaliser en psychiatrie à Henri Mondor le samedi soir, Clara voulant aller à l'hôpital et non pas retourner dans son appartement. Elle est transférée dans la soirée à l'hôpital du 93. Elle y reste jusqu'au 8 mars 2012.

Le médecin pense qu'elle va mieux et ne lui prescrit pas de traitement neuroleptique durant son séjour à l'hôpital. Le mardi 6 mars, je rencontre le médecin de l'hôpital du 93 avec un infirmier et Clara. Cette dernière me demande si elle peut vivre en appartement collectif avec son chat. Je lui réexplique, ainsi qu'il lui a été dit lors des entretiens de préadmission, qu'il n'est pas possible de garder des animaux dans les appartements collectifs.

Le médecin estime qu'elle va bien et que son état ne nécessite plus une hospitalisation. J'explique que la situation devient difficile à l'appartement, Clara a du mal à gérer le quotidien et la vie collective, et qu'elle a clairement exprimé qu'elle ne voulait plus retourner à l'appartement.

Clara revient malgré tout le jeudi 8 mars. Elle va relativement bien. L'éducatrice qui l'a accompagnée passe du temps avec elle puis va voir d'autres usagers dans un appartement collectif voisin. Les colocataires de Clara appellent les éducateurs car celle-ci crie et s'énerve contre eux. Un des usagers a donc préféré faire venir un éducateur, sentant qu'il risquait lui-même de passer à l'acte. Il nous a bien signifié sa souffrance face à cette situation.

Les éducateurs retrouvent Clara dehors avec l'idée de partir à 21 h se promener sur les Champs-Élysées. Ils réussissent à la faire rentrer chez elle en dialoguant. Clara est très énervée, elle élève la voix : "je ne veux plus vivre ici", "vous n'avez rien à me dire", "c'est moi qui commande", "vous devez me trouver un studio"... Les éducateurs parviennent à la calmer.

Vendredi 9 mars 2012, Clara part au travail. Elle demande qu'on m'appelle pour que je lui trouve un studio. Je lui réponds que je serai présente à la réunion du lundi 12 mars afin de pouvoir parler avec elle de ce projet et convenir ensemble d'un rendez-vous. A 14 h, elle quitte l'ESAT et nous laisse ensuite sans nouvelle. Un signalement est fait le samedi 10 au commissariat de police de Champigny.

Lundi 12 mars, la directrice du Service Habitat AFASER, envoie un fax à la curatrice de Clara à l'Association Tutélaire pour annoncer sa nouvelle fugue, ajoutant qu'une réunion est envisagée pour signifier que la prise en charge de Clara au sein des appartements est remise en cause, et que Clara elle-même ne veut plus y vivre, la cohabitation avec ses colocataires devenant extrêmement difficile. Je reprends ensuite contact avec la curatrice pour la solliciter afin qu'elle fasse elle aussi un signalement.

Vendredi 16 mars 2012, Clara appelle sa mère par le biais de son compagnon. Sa mère lui demande de retourner à l'appartement mais elle refuse. Elle lui conseille alors de se rendre aux urgences de l'hôpital Henri Mondor à Créteil.

Lundi 19 mars, la mère de Clara m'appelle pour m'apprendre que Clara a été retrouvée à Lyon et hospitalisée à l'hôpital Le Vinatier.

Jeudi 22 mars, Clara est transférée à l'hôpital du 93. Un médecin me contacte le vendredi 23 pour me dire que Clara est très fuyante et refuse de retourner vivre à l'appartement collectif, qu'elle veut au contraire aller vivre dans un studio en Isère avec son chat. Elle suggère qu'il faut prendre le temps de réfléchir à l'orientation de Clara.

Dans la semaine du 26 mars, j'essaye de contacter le médecin qui suit Clara pour faire le point. Celle-ci me rappelle le vendredi 30 mars à 17 h 30 pour me signaler que la patiente est sortante lundi 2 ou mardi 3 avril 2012. J'explique que nous souhaitons prendre le temps de trouver un autre lieu d'hébergement pour Clara car nous estimons que la situation dans l'appartement devient invivable pour tous. Mais le médecin ne change pas d'avis : elle ne peut pas gérer la situation de logement des patients, et Clara est sortante puisqu'elle n'a plus de raison d'être hospitalisée d'après elle. Je réussis à obtenir un délai, Clara doit sortir le jeudi 5 avril 2012.

Nous avons décidé d'arrêter la prise en charge dans cet appartement, quitte à passer par une étape en hôtel dans l'attente de trouver un logement individuel, tout en continuant bien sûr l'accompagnement par le SAVS.

Les questions que l'on se pose :

- . Clara aurait-elle du changer de secteur pour se faire suivre dans le 94.
- . Comment travailler au mieux avec le secteur ?
- . Doit-on faire des conventions avec les hôpitaux pour travailler au plus près pour l'utilisateur ?
- . Quelle structure pour Clara ?
- . L'importance peut être de se faire connaître par les secteurs pour expliquer notre travail auprès de l'utilisateur et l'importance du partenariat.

III – SYNTHÈSES DES ATELIERS

Présentation

Les thématiques des ateliers sont choisies à partir des préoccupations de terrain afin de favoriser l'échange de pratiques et le débat entre les acteurs impliqués dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap et/ou de précarité.

Problématiques abordées :

Atelier 1 – Habiter quelque part...

Atelier 2 – L'accompagnement professionnel

Atelier 3 – L'accès aux soins

Atelier 4 – Être parent, être accompagné

Atelier 5 – Les addictions multiples

Atelier 1

HABITER QUELQUE PART...

Présentation de l'atelier :

En famille, seul en logement social, en foyer, CHRS, en appartement de suite, en maison relais, en FAM, sans abri... entre désir d'autonomie et réalité, confort et précarité. Quels partenaires et quels réseaux ? Pour qui et pour quel projet ?

I - Exposés introductifs

1 - SHAVS Point Virgule - Arpajon 94 - Ismail MESLOUB, Directeur

Présentation du service et problématiques rencontrées :

Le service s'adresse à des personnes présentant un handicap mental et psychique, travaillant en ESAT.

L'accueil dans le service est fondé sur le volontarisme à partir d'une culture d'accompagnement dès l'arrivée à l'ESAT. Et le projet d'habitat comporte plusieurs étapes :

- 1^{ère} étape : élaboration d'un projet d'aide à la séparation ou de décohabitation parentale.
La création d'un espace de séparation permet l'évaluation de la compétence sociale de la personne.
- 2^{ème} étape : soutien à la vie autonome en *hébergement locatif*.
- 3^{ème} étape : maintien de l'autonomie en *appartements associatifs* éclatés en ville.
- 4^{ème} étape : appui à l'insertion par un bail glissant et l'accueil en *appartement privatif*.

La structuration de ce service permettant la réalisation de ces différentes étapes a nécessité 3 agréments successifs à partir du SAVS initial.

Ce projet d'habitat a pour objet de garantir l'accès à la citoyenneté et à la vie sociale.

Plusieurs réflexions s'imposent à propos de sa mise œuvre :

- Habiter un appartement, c'est habiter autrement, c'est passer d'une logique d'accueil à un projet de parcours. Et s'inscrire dans un projet de parcours, c'est s'inscrire dans une histoire personnelle.
- Habiter, c'est aussi marquer sa présence sur le territoire et permettre l'ouverture à l'imprévu.
- Habiter un logement, c'est s'intéresser à ce qui différencie les personnes, et non plus à ce qui les rassemble comme le fait la démarche institutionnelle.

Il s'agit d'une dynamique de promotion de la dignité personnelle.

Ce passage de la domiciliation de services à la pratique de services à domicile implique une segmentation des besoins et le rapport à la collectivité s'inscrit au travers des besoins individuels, d'où la nécessité d'une ouverture vers le partenariat.

Cette évolution pose un problème de légitimité : Comment agir sur un projet individuel avec le concours d'autres acteurs sociaux ?

Elle pose aussi un problème éthique sur la méthode utilisée : Comment négocier les postures des uns par rapport aux autres ? Comment fabriquer du territoire ?

Il y a nécessité d'une intelligence de territoire. Au paravent la configuration du territoire était liée à l'organisation des collectivités territoriales en régions, départements, communes, selon une géo-

alliance. Actuellement il s'agit d'une géo-systémie incluant les acteurs associatifs et les représentants de l'Etat. Il en découle le risque que les objectifs soient liés à des intérêts particuliers...

2 - CHRS Eric Satie VIVRE - Arcueil 94

Wilfrid RANVIER, Assistant social, Myriam MAAMER, Educatrice spécialisée

Présentation du service et problématiques rencontrées :

Le CHRS accueille des publics très variés : personnes adultes, de 18 à 60 ans, présentant des problèmes de santé mentale et physique, en situation de précarité et d'urgence, souvent d'origine étrangère en situation régulière.

Il comporte 26 places d'habitat et 4 places d'accueil sans hébergement. L'association assure la gestion de 9 établissements.

Le parcours personnel est initié à partir du Système intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), constitué d'opérateurs de terrain, et l'objet de ce parcours est la préparation à l'accès au logement. Cette « approche parcours », sollicitée par l'association, permet de bénéficier des différentes prestations de socialisation offertes par celle-ci.

La durée moyenne de séjour est environ 17 mois, mais le maintien dans l'établissement est lié au manque de logements.

Le partenariat s'exerce avec la MDPH et le Pôle emploi.

Les problématiques sont liées à la baisse importante de l'effectif, à la stagnation dans la structure et à la cohabitation des personnes. On y rencontre également le problème des femmes africaines porteuses du VIH.

II - Débat

A la suite de ces présentations et des questions soulevées, le débat entre les participants s'est ouvert, riche et dynamique, autour des problématiques suivantes :

- **L'effet filière et sa pertinence**

Le parcours réalisé à travers différentes structures gérées par la même association présente une connotation parfois péjorative ou négative. La solution proposée préexiste au problème posé. Cependant cet accueil peut être intéressant dans certaines situations, en préservant, par exemple, la proximité familiale, et s'il est considéré comme une réponse parmi d'autres.

Il se révèle dangereux s'il écarte d'autres possibilités

- **Souplesse des parcours et contrainte des agréments de prise en charge**

La négociation d'une double prise en charge (SAVS/accueil de jour/ accueil temporaire...) permet de garantir un parcours souple et évolutif selon les besoins de la personne. Le dialogue est indispensable pour faire remonter la spécificité de chacune des prises en charge et leur complémentarité. L'articulation entre les différents services est alors bénéfique.

- **La poursuite des parcours : l'après SAVS**

Il s'avère nécessaire d'anticiper les évolutions et de prévoir la mise en place de relais et de réseaux pour garantir la continuité du parcours individuel, sortir de l'autarcie et ménager des ouvertures.

- **L'accueil en habitat ordinaire des personnes handicapées psychiques et le partenariat**

Cet accueil doit composer avec la multitude des dispositifs d'accès au logement. Le dialogue et l'explicitation sont impératifs afin de préciser la place et le rôle de chaque intervenant.

Le Département, en tant que collectivité territoriale, doit exercer le rôle de garant, fonction essentielle pour permettre l'accès au logement ordinaire, libérer ainsi des places en foyer d'habitat et en CHRS et maintenir le turn-over nécessaire dans ces structures.

Quelques idées-forces se dégagent de ce débat :

- Avec la multiplicité des situations on tend vers une diversification des prises en charge qui implique une lisibilité de ce en quoi chaque intervenant est original et innovant.
- Il est essentiel de préserver la proximité actuelle des acteurs de terrain et des décideurs.
- Il est nécessaire pour les équipes professionnelles de s'inscrire en force de proposition.

Atelier 2

L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL

Présentation de l'atelier :

EMPro, ESAT, Entreprises d'insertion, Missions locales, Cap-emploi... Les publics sont-ils toujours bien différenciés ? Les parcours d'insertion professionnelle ont-ils évolués ?

Nous avons traité de l'évolution du profil des populations via les champs de l'insertion et du handicap à travers 2 témoignages:

- L'Espace Insertion 92 et son expérience des chantiers d'insertion (Meudon)
- L'Esat Afaser d'Aubervilliers et la mise en place d'un nouveau service, le SEM (Service d'Emploi Modulé).

Constats :

- Des dispositifs ou structures qui ne se côtoyaient pas il y a encore quelques années, sont désormais amenés à travailler ensemble et à mutualiser leurs compétences respectives, pour tenter de répondre de façon adaptée aux nouveaux profils des usagers qui fréquentent leurs établissements.

En effet, les chantiers d'insertion présentés comme, milieu intermédiaire entre le milieu ordinaire et le milieu protégé et s'adressant davantage à un public relevant de l'exclusion et de la précarité ; sont de plus en plus fréquemment confrontés au handicap psychique.

Face à ce nouveau public, le chantier d'insertion d'Espace 92 a monté un partenariat avec des ESAT du département, pour mettre en place des stages d'évaluation permettant de déterminer si le candidat qui leur a été adressé relèverait ou non d'une RQTH.

L'idée serait de créer une sorte de « passerelle » entre les structures qui permettrait aux Chantiers d'insertion de bénéficier de l'expertise des ESAT / à la reconnaissance du handicap. A leur tour, ces derniers pourraient adresser des usagers pour lesquels la question d'un retour éventuel en milieu ordinaire pourrait se poser.

Le SEM d'Aubervilliers : ce service propose un accompagnement spécifique avec un aménagement du temps de travail sur des emplois de service.

Il s'adresse à des personnes pouvant être proche de l'emploi mais qui rencontrent toutefois des problématiques autour des questions de rythme, de présence, de régularité dans la durée. Il s'agit de mettre en place un accompagnement « sur mesure » en favorisant la nécessaire coordination entre les différents partenaires intervenant autour de la situation de l'utilisateur (sociaux, médicaux etc.).

Ce service peut-être utilisé de façon ponctuelle comme définitive. La durée d'accompagnement est envisagée au cas par cas.

Ces deux exposés introductifs ont fait émerger des questionnements autour de :

- l'aménagement du temps de travail en Esat (même si 3 temps partiels peuvent être = à 1 ETP, dans les faits la charge de travail des moniteurs encadrant comme des membres de l'équipe de soutien est considérablement augmentée.

- la problématique de la rémunération : comment rémunérer les temps partiels ? (sur la base du travail effectué, sur une base forfaitaire ?), ce, en considérant les variations de l'AAH ; les rémunérations des ouvriers à temps plein etc.
- l'efficacité professionnelle des travailleurs handicapés : « ...quand bien même il s'agit du milieu protégé, nous sommes sur une posture de métier » ; « ...la sélection au niveau des admissions » ;
- le paradoxe des « listes de d'attente » et le nombre de places vacantes sur de nombreux ESAT.
- l'évolution du profil des jeunes accueillis en EMPRO qui viennent de plus en plus du circuit « classique » Education Nationale et pour lesquels il semble difficile de se projeter dans une orientation professionnelle en milieu protégé.
Pouvoir accéder aux stages de découverte au sein des établissements est essentiel à la construction de leur projet, toutefois les possibilités d'accueil pour ce type de stage au sein des ESAT se font de plus en plus rares.

Atelier 3

L'ACCES AUX SOINS

Synthèse de l'atelier :

Dans cet atelier, trois équipes ont parlé de leurs expériences très différentes mais qui aboutissent toutes sur le même constat : le besoin de travailler en partenariat pour faciliter voire réussir l'accès aux soins quand il s'agit de prise en charge de personnes en rupture ou en marge de structures classiques. Ces trois exemples montrent la complexité de mettre en place ces partenariats entre personnels de secteurs diversifiés (sanitaire, médico-social, institution politique..) donc de formation, objectifs et cultures différentes. En conclusion, nous en avons tirés quelques règles (cf. conclusion). Cette problématique du « travailler ensemble » a résonné dans le public qui a beaucoup réagi, montrant ainsi l'actualité de cette préoccupation dans nos pratiques. L'expérience du SAVS de Chennevières a suscité d'autant plus de réaction qu'il n'y avait pas à ce jour de solution de trouvée pour la prise en charge de la jeune femme. Plusieurs personnes ont alors raconté des expériences similaires permettant ainsi d'ouvrir vers d'autres perspectives. Mais le temps nous a manqué pour approfondir le sujet.

Le témoignage d'Alice Malcuit du Samsah de l'Oranger, l'AEDE du Bourget crée depuis peu a interrogé l'articulation entre plusieurs partenaires chargés du suivi d'une famille et à travers ce cas, la place et le rôle du Samsah dans les dispositifs existants. Nouvelle structure charnière dans l'accompagnement du « surhandicap », sa place et ses missions ne sont pas toujours très claires. D'une part, le Samsah est sollicité par de nombreux acteurs d'univers très différents (ASE, MDPH, Conseil général, assistantes social, IME, CAP emploi...) n'ayant pas les mêmes attentes. D'autre part, le Samsah intervient auprès de population en grande souffrance car en grande précarité, isolée, en rupture de lien social et en rupture de soin. Dans le contexte social et économique actuel, cette population augmente sans cesse. C'est souvent dans l'urgence que des solutions doivent être trouvées et le Samsah est une équipe jeune qui cherche encore ses marques.

Pour toutes ces raisons, le Samsah a posé la question du risque de « son instrumentalisation pour tous les maux inclassables », risque d'autant plus grand que tous les acteurs confrontés au surhandicap ont des difficultés à le prendre en charge. La tentation peut être grande de déléguer au Samsah les prises en charge complexes plutôt que de les travailler en partenariat. L'expérience du Samsah a montré qu'il fallait du temps, de la disponibilité, de la créativité pour travailler en partenariat et trouver des solutions adaptées aux besoins des personnes en grande précarité.

Odile Brice et Valérie Noel du SAVS Afaser de Chennevières ont interrogé à travers la prise en charge d'une jeune femme instable la difficulté du partenariat entre le secteur psychiatrique et le secteur médico-social. L'importance et l'intensité des symptômes de la jeune femme (fugues, violence, fuite...) remettaient en cause le travail de l'équipe du SAVS. En effet, les solutions qu'elle trouvait comme la cohabitation dans un appartement collectif échouaient à cause des crises, des ruptures et de l'agressivité de cette résidente avec ses colocataires. Le SAVS, démuni face à ce fonctionnement pathologique a interrogé le secteur psychiatrique pour lui faire part de ses difficultés et travailler en partenariat. Mais le secteur psychiatrique nullement inquiété par ces symptômes qu'il soigne au quotidien n'a pas su comprendre la différence des prises en charge et les besoins du secteur médico-social et n'a pas été en mesure d'entrer dans un travail collectif avec le SAVS. Ces symptômes entraînant des ruptures fréquentes de prise en charge ont sûrement aussi pesés sur la difficulté de mettre en place ce partenariat. Cette absence de coopération a rendu le travail du SAVS très complexe et a rejailli sur la prise en charge de cette jeune femme.

Une troisième équipe, du secteur psychiatrique nous a parlé de la création d'un groupe de travail « Horizon » chargé de réfléchir à la mise en place de partenariat avec le secteur médico-social pour trouver des alternatives à l'hospitalisation. Le groupe Horizon répond à un besoin du secteur psychiatrique démuni face à la prise en charge de personnes vieillissantes ayant des problèmes psychiques et de psychotiques stabilisés mais désocialisés. Actuellement, ces patients sont des « hospitalisés au long cours » faute de solutions mieux adaptées alors même que leur hospitalisation

n'est plus une nécessité. Mais le secteur psychiatrique se confronte au manque de place dans des établissements adaptés dans le secteur médico-social.

Conclusion

En conclusion, ces trois interventions ont montré que la problématique de l'accès aux soins devenait complexe dès lors qu'il s'agissait de population en rupture soit à cause de sa grande précarité, soit à cause de sa pathologie. Pour leur faciliter cet accès aux soins au sens large du terme c'est-à-dire à l'accès à une prise en charge adaptée à leurs besoins, les trois intervenants nous ont montré que le partenariat était une nécessité. Sur la base de leur expérience et des réactions de l'assemblée, nous pouvons émettre quelques hypothèses pour la réussite d'un partenariat entre personnes de cultures et formations différentes. La mise en place d'un partenariat :

- dépend de la volonté des individus concernés c'est-à-dire des envies de chacun. Il ne s'impose pas tout au moins pour sa création.
- Nécessite de prendre le temps de se connaître, de comprendre la culture de l'autre, son cadre de travail et ses contraintes.
- Demande le respect de la place et du rôle de chacun
- Est facilitée et viable lorsque chacun y trouve son compte et donne à l'autre.

L'institutionnalisation d'un partenariat c'est-à-dire son inscription dans le travail des équipes concernées avec des rencontres régulières incluses dans leur emploi du temps renforcent son existence et sa pérennité.

Toutes les interventions lors de cet atelier ont confirmé que le partenariat entre plusieurs secteurs facilitait le parcours de la personne prise en charge ainsi que le travail des équipes.

Atelier 4

ÊTRE PARENT, ETRE ACCOMPAGNÉ

Présentation de l'atelier :

PMI, Aide Sociale à l'Enfance, Education Nationale, PJJ, Services Médicaux- sociaux... Quelles complémentarités pour prendre en compte les réalités des usagers devenus parents ?

Exposés introductifs

Deux interventions :

- PMI Mélanie Klein d'Aubervilliers : Mme HEULLANT Directrice
- SAPPH de Paris 14^{ème} : Mme THOUËLLE Directrice et Mme Candilis HUISMAN Psychologue

⇒ PMI Mélanie Klein :

Cette PMI a mis en place depuis déjà plusieurs années un partenariat avec l'ESAT d'Aubervilliers suite à une demande de l'ESAT autour de questions de sexualité et de mixité du lieu de travail.

Au départ : mise en place à la PMI d'un petit groupe animé par une sage femme qui se réunit cinq fois par an sur des thèmes comme : la contraception, le VIH, la prévention, la vie affective et la vie sexuelle ... etc. Très vite les thèmes évoluent et on parle de respect de soi, de l'autre, de comment dire non, du désir d'enfant ...

En 2005 : certaines personnes du groupe devenues parents demandent à être accompagnées dans leur parentalité (2 femmes et 3 hommes). Dans un premier temps les thèmes sont proposés par les animateurs du groupe : droit de enfants, des grands parents, l'autorité parentale, être parent, la vie domestique, proposer des jeux, mettre des limites... etc, puis rapidement c'est le groupe qui a fait ses propres propositions.

Ce qui est important à noter c'est que ces groupes ont permis aux personnes d'aborder avec d'autres des choses personnelles, parfois délicates et sensibles dans un lieu non thérapeutique. Elles y ont trouvé, respect, tolérance, réflexion et surtout il s'y est développé une grande solidarité.

Il s'agissait juste de répondre à des questions de parents

⇒ SAPPH : Service d'Accompagnement à la Parentalité des Personnes Handicapées :

Ce service propose un accompagnement à des personnes ayant des handicaps spécifiques : sensoriels (surdité, cécité) ou moteurs (tétraplégie, myopathie) et en particulier un soutien à la fonction parentale. Il émane d'une recherche action faite en PMI avec le Dr Soulier sur la nécessité d'un accompagnement singulier pour ces personnes et il est devenu service expérimental à part entière en 2010, agréé pour 5 ans, avec l'obligation de développer la prise en charge.

Un partenariat avec plusieurs maternités parisiennes permet un accompagnement adapté dès la période pré-conceptionnelle qui se poursuit par un soutien post natal jusqu'aux 7 ans de l'enfant si besoin .

Le service qui accueille plus de 120 personnes propose :

- des séances de puériculture adaptée, et des visites à domicile
- des consultations transcrites,

- des ateliers de partage et des espaces de parole en groupe ou individuel.
- L'adaptation des jeux, jouets, chansons à geste à la demande

L'équipe est composée de : pédiatre, puéricultrice, sage femmes (handicapée), psychologues (dont deux handicapées) assistante sociale, éducatrices de jeunes enfants, bénévoles et mères relais. Les personnes accueillies sont à la fois des personnes insérées qui travaillent, mais aussi des personnes qui cumulent des difficultés d'ordre social avec leur handicap, d'où la nécessité d'un vaste partenariat dans des réseaux multiples.

Les personnes arrivent souvent adressées par l'hôpital et se sont parfois heurtées à des attitudes étonnantes du monde valide qui révèlent une grande ignorance de ces situations et qui vont de la banalisation (vous êtes des parents comme les autres) à l'agressivité (vous n'auriez pas du faire d'enfant). La première chose a donc été de faire connaissance avec le handicap.

Réflexions autour de ce service et de son travail :

- ✚ La maternité ça se prépare bien avant la naissance du bébé : travail au niveau du désir d'enfant, réflexion , écoute ... etc
- ✚ Les personnes sont parfois confrontées à des situations horribles en terme matériels : lits inadaptés pour une maman en fauteuil par exemple et dans ce cas, il n'y a pas de prise en charge pour l'enfant. Du coup c'est souvent l'environnement qui crée ou ajoute au handicap.
- ✚ Souvent le lien mère enfant est cassé : il faut s'appuyer sur le potentiel des personnes : **c'est la personne qui est experte de sa pathologie et pas le professionnel.**
- ✚ On met souvent en avant le problème de la sécurité : mais la qualité d'attention de ces pères et mères est très importante, ils mettent en place des stratégies et / ou s'entourent de personnes compétentes d'où l'importance du travail en réseau et de permettre aux équipes de se confronter à leurs représentations et à leurs émotions. Les personnes handicapées ont envie d'être des personnes ordinaires vivant une vie ordinaire et il nous appartient de favoriser un environnement moins handicapant et de faire changer les mentalités.
- ✚ Souvent et en particulier dans le cas du handicap psychique « on ne laisse pas la place pour être mère ».... Parce que « c'est une folie » d'où la nécessité d'un travail en amont et si possible en partenariat : mais réticence des PMI. Tout reste à faire !

Conclusion et pistes :

- Nécessité d'une re- narcissisation de ces personnes dont l'estime de soi est souvent déjà malmenée dès l'enfance
- Nécessité d'accueillir le handicap en milieu ordinaire et ne jamais perdre de vue que **le désir d'enfant est respectable**, qu'il se construit, s'élabore et doit être soutenu
- Ne pas oublier ce que les mères aveugles nous ont appris sur les autres mères : **on a beaucoup appris du handicap pour les valides.**
- Pour ce qui est du handicap psychique on ne sait pas très bien faire : peut-on transférer ce que nous ont appris les autres handicaps?
- Il faudrait créer d'autres SAPPH car **tout reste à développer. Nécessité de faire de la recherche : formation, écriture, diffusion ... etc. « On ne peut pas convaincre sans expliquer ce que l'on fait », sans un autre regard sur le handicap quel qu'il soit.**

Atelier 5

ADDICTIONS MULTIPLES

Présentation de l'atelier :

Comment « tenir » le cadre institutionnel face à des problématiques d'addictions ?

Exposés introductifs

Trois présentations ont permis de partager nos expériences et d'alimenter nos réflexions :

- Valérie PONTICELLI, psychologue Centre de consultation Ithaque AFASER - Villejuif 94
- Claude BOURRIER, éducatrice spécialisée, Trait d'Union – Boulogne Billancourt 92
- Julie MOUCHETTE, éducatrice spécialisée, Appartements Relais, Association Charonne – Paris 75011
-

Le Centre de consultation Ithaque accueille, sur RDV des personnes souhaitant s'inscrire dans une démarche de sevrage et de soin et/ou leurs proches. Les personnes sont âgées de 12-13 ans pour les plus jeunes, à 50-60 ans. Certaines se rendent au Centre sur injonction thérapeutique (parquet de Créteil), d'autres sont dans une démarche volontaire. Il s'agit de consommateurs de drogues illicites, de médicaments voir d'alcool.

Les Appartements Relais accueillent des personnes qui ont une source de revenu et qui ont mis à distance leur toxicomanie. Le projet est qu'elles puissent s'installer dans un délai de 2 à 3 ans dans un appartement nominatif avec ou non un accompagnement réalisé par une autre association.

La troisième présentation décrivait le parcours d'une jeune femme accompagnée dans son projet d'insertion professionnelle par **Trait d'Union**. Le partenariat entre Trait d'Union, le CMP de cette jeune femme et l'Esat Vivre où elle a travaillé dix ans a été très soutenu et a contribué à sa réussite malgré certains passages à l'acte plus ou moins délictueux.

De ces présentations de deux fonctionnements de structures (consultation Ithaque et Appartements Relais) et du parcours d'une personne (Trait d'Union), et des échanges qui ont suivi, nous avons pu dessiner des lignes directrices concourant au maintien du cadre institutionnel.

De ces récits, nous avons également dégagé quelques axes de réflexion, quelques pistes de travail et quelques aspects incontournables !

Les personnes concernées :

L'élaboration d'une relation de confiance est incontournable et contribuera au développement du processus de soin.

Même si ce processus est très long car rythmé par des rechutes et semé d'embûches, il ne peut se mettre en place que si il a du sens pour la personne et qu'elle est prête à s'y engager.

Enfin, l'addiction habitera toujours la personne avec le risque permanent de rechute. Par ailleurs, les troubles psychiques masqués par les effets de l'usage de drogue réapparaîtront et devront être pris en compte si cela n'a pas pu être fait précédemment.

Les institutions et les équipes

Faces aux personnes reçues dans ces structures, à leurs pathologies et à leurs ambivalences, il est indispensable que le cadre institutionnel soit structuré, solide et contenant. La cohérence des équipes en est un des éléments.

Un autre élément concerne le respect de la loi. Même si parfois il faut savoir être un peu souple, les actes les plus graves doivent être sanctionnés, soit à l'interne, soit, lorsqu'ils sont délictueux, par un dépôt de plainte.

Les outils de la loi de 2002-2, le cadre légal des traitements et les règlements intérieurs des structures contribuent à renforcer le cadre contenant.

Enfin, le partenariat est un des moyens dont on ne se sert peut-être pas suffisamment. Il est primordial d'être en lien avec les différentes structures qui entourent la personne, avec son accord bien évidemment. Les liens sont plus ou moins proches selon le projet en cours, mais l'on doit pouvoir le structurer plus avant dans le cas d'un soutien important.

Là encore les structures concernées, tout en respectant leur champ d'intervention doivent être cohérentes entre elles et vis-à-vis de la personne. Cela est primordial avec certaines personnes, dont la pathologie les entraîne à cliver les relations ou à distiller de la confusion. Enfin, et surtout dans des situations difficiles pour un des partenaires que les autres puissent prendre le relais.

Les espaces d'incertitudes et de questionnements

Malgré la richesse de ces expériences, il reste des questions sans réponse et le temps nous a manqué pour les développer.

- L'influence de l'environnement humain et matériel (amis, proches, condition matérielles de vie,...)
- La fragilité des personnes et leurs difficultés à tenir dans le long terme
- La difficulté à tenir le cadre dans les structures d'hébergement collectif où l'alcoolisation, quand elle n'est pas interdite, peut générer des comportements de violence créant de l'insécurité pour les autres résidents. Jusqu'où la structure peut aller et le paradoxe de la protection de la personne et celle de la collectivité.
- La problématique de la personne handicapée mentale qui s'alcoolise, se met en danger et a souvent du mal à prendre conscience de son addiction.
- Les clivages de certaines structures qui renvoient la personne vers celle qui leur semble la mieux adaptée. La personne toxicomane doit-elle être un patient de CMP et/ou un usager d'une structure spécialisée ?
- La question de ce à quoi sert le produit est également importante à aborder.

ANNEXES

Liste des intervenants ateliers

Atelier 1 : Habiter quelque part ...

Animatrices :

- Ariane VIENNEY, MAIS, directrice service habitat 94
- Françoise DEGRAND administratrice MAIS

Exposé introductif :

- Ismail MESLOUB, directeur du SHAVS Point virgule – *Arpajon 94*
- Wilfrid RANVIER, assistant social et Myriam MAAMER éducatrice spécialisée CHRS Eric Satie VIVRE – *Arcueil 94*
- Marc BONCHRETIEN, chef de service SAVS La Rencontre – *Versailles 78*

Atelier 2 : L'accompagnement professionnel

Animateur :

- Thierry BEULNÉ, Correspondant régional ANDICAT, directeur d'ESAT

Exposé introductif :

- Rosemonde AOUN, assistante sociale ESAT AFASER – *Aubervilliers 93*
- Maki HOUMED-GABA, chargé d'insertion professionnelle Association ESPACES – *Meudon 92*

Atelier 3 : L'accès aux soins

Animatrices :

- Fabienne PRESSARD, Présidente d'Actions-H, directrice d'ESAT
- Agnès ROBINET, Correspondante Actions-H, psychologue, psychothérapeute

Exposé introductif :

- Alice MALCUIT, chef de service SAMSAH de l'Oranger, l'AEDE – *Le Bourget 93*
- Odile Brice, chef de service et Valérie Noel, éducatrice SAVS de l'AFASER – *Chennevières 94*
- Corinne MICHEL, infirmière et Nathalie SMADJA, psychiatre au 3^{ème} secteur de santé mentale la Queue en Brie 94

Atelier 4 : Être parents, être accompagné

Animatrices :

- Emilie CADEBOIS psychologue SAMSAH
- Catherine CEINOS, psychologue clinicienne

Exposé introductif :

- Annick HEULLANT, directrice PMI Mélanie Klein – *Aubervilliers 93*
- Edith THOUËILLE, directrice et Mme CANDILIO HUISMAN, psychologue PMI spécialisée SAPPH – Paris 75

Atelier 5 : Addictions multiples

Animatrices :

- Danièle JUNQUA, Correspondante départementale ANDICAT, directrice d'ESAT
- Catherine PISSARRO, directrice de SAVS/SAMSAH 78

Exposé introductif :

- Valérie PONTICELLI, psychologue Centre de consultation Ithaque AFASER – *Villejuif 94*
- Claude BOURRIER, Trait d'Union – *Boulogne Billancourt 92*
- Julie MOUCHETTE, éducatrice spécialisée, Appartements Relais Ass. Charonne – *Paris 75*