

JOURNEES NATIONALES D'ECHANGES

Handicap psychique et insertion : Quels besoins ? Quelles coopérations ? Quelles réponses ?

SOMMAIRE

<u>JOURNEES NATIONALES D'ECHANGES</u>	1
<u>HANDICAP PSYCHIQUE ET INSERTION :</u>	1
<u>QUELS BESOINS ?</u>	1
<u>QUELLES COOPERATIONS ?</u>	1
<u>QUELLES REPONSES ?</u>	1
SOMMAIRE	1
ACCUEIL	3
INTRODUCTION	4
FABIENNE SABOURIN	4
Présidente de l'UDAF des Deux-Sèvres	4
GUILLEMETTE LENEVEU	6
Directrice Générale de l'UNAF	6
QU'EST-CE QUE LE HANDICAP PSYCHIQUE ?	9
JEAN-PHILIPPE VALLAT	9
Sous-directeur REAP de l'UNAF	9
PASCAL BLOCH	11
Praticien Hospitalier, Psychiatre au Centre Hospitalier de Niort	11
I) Rappel historique	11
II) Classifications des troubles psychiques	11
III) Outils d'exploration de l'état psychique	12
IV) Les apports théoriques récents	12
V) En dehors des symptômes classiques, des troubles plus fins et plus stables	12

VI) L'évolution des troubles mentaux	13
VII) Les degrés d'amélioration	13
VIII) Les objectifs premiers de la prise en charge sanitaire	13
IX) Le handicap psychique	14
X) La cognition	14
XI) Quel cheminement de la maladie mentale au handicap psychique ?	15
I) Droit à la compensation	16
II) Conséquences du handicap psychique au travail	16
III) Les moyens de compensation permettant une intégration au travail	16
IV) Les facteurs clés de la réussite	17
V) L'année 2014, grande cause nationale du handicap psychique ?	18
PANORAMA DES BESOINS REPERES PAR LES FAMILLES	20
JEAN RENAUD	20
Délégué Régional de l'UNAFAM	20
I) Quelques constats généraux	20
II) Panorama d'un parcours de vie	21
III) Périmètre du handicap psychique	21
L'OFFRE DE SERVICES DES UDAF	23
CHRISTOPHE LAFFAITEUR	23
Directeur Général de l'UDAF de la Vienne	23
TRISTAN AYRAULT	23
Directeur Général de l'UDAF des Deux-Sèvres	23
« FAMILLE-GOUVERNANTE » : UNE REPOSE HISTORIQUE DU RESEAU	25
HERVE ALLIER	25
Directeur Général de l'UDAF de la Marne	25
I) Structure	25
II) Lieux de vie	25
III) Financement	26
IV) Objectifs du service	26
V) Fonction employeur	26
VI) Les partenariats	26
VII) Conclusion	27
TABLE RONDE N°1 : FAVORISER L'INSERTION PAR LE LOGEMENT	28
TABLE RONDE N°2 : ACCOMPAGNER L'INSERTION SOCIALE DANS LA CITE	37
TABLE RONDE N°3 : POUR UNE INSERTION PROFESSIONNELLE DURABLE	44
CONCLUSION	52
GUILLEMETTE LENEVEU	52
Directrice Générale de l'UNAF	52

Accueil

Jean-Jacques CECCONI

Mesdames et Messieurs, Bonjour. Merci d'avoir répondu si nombreux à l'appel de l'UNAF, l'Union Nationale des Associations Familiales et des UDAF : l'UDAF des Deux-Sèvres, qui nous reçoit aujourd'hui, de la Charente, de la Vienne et de la Marne, pour cette journée nationale d'échanges sur le thème « Handicap psychique et insertion : quels besoins, quelle coopération et quelles réponses ? ».

Ainsi que vous vous en doutez, une journée dense et riche nous attend, qui sera scindée en deux parties. Lors de la matinée, plusieurs interventions avec une tentative de définition du handicap psychique, suivi d'un panorama des besoins répertoriés par les familles, de l'offre de services des UDAF, et enfin un exposé sur le thème de la « Famille - Gouvernante » et la réponse du réseau.

Après un déjeuner sur place, l'après-midi sera consacrée à trois tables rondes, la première sur l'insertion par le logement, puis une deuxième sur l'insertion sociale dans la cité et enfin une dernière table ronde sur le thème « pour une insertion professionnelle durable ».

Il y aura par ailleurs des interventions dans la salle.

Je laisse à présent à Fabienne SABOURIN, Présidente de l'UDAF des Deux-Sèvres, le soin de vous accueillir.

Introduction

Fabienne SABOURIN

Présidente de l'UDAF des Deux-Sèvres

Monsieur le Vice-président du Conseil Général, Mesdames et Messieurs les Conseillers Généraux, Mesdames et Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs les Directeurs, chers Collègues, chers amis, Mesdames et Messieurs, c'est avec plaisir que l'UDAF des Deux-Sèvres et le Conseil d'Administration que je représente vous accueillent aujourd'hui dans ce département, à l'occasion de cette journée nationale d'échanges sur le thème du handicap psychique et de l'insertion.

Quand je vous parle du plaisir à vous accueillir, l'expression n'est pas feinte. Il y a pour moi, en tant que Présidente d'une UDAF très engagée sur le champ de l'insertion de personnes en situation de handicap psychique, une réelle satisfaction à ce qu'une telle journée puisse être organisée. L'éventualité d'un temps d'échanges sur le sujet aurait été beaucoup moins évidente il y a une dizaine d'année. En effet, l'expression même de « handicap psychique », ainsi que nous le verrons sans doute, a encore du mal à être définie de façon consensuelle. Pendant longtemps, elle servait surtout de notion à une revendication légitime consistant à rendre visible une population invisible et trop souvent méconnue. Grâce à la ténacité de nombreuses associations, au premier rang desquelles se trouve l'UNAFAM, une première victoire a été remportée par la prise en compte du public spécifique, que sont les personnes en situation de handicap psychique dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

A ce titre, la personne souffrant d'un handicap psychique bénéficie donc pleinement des dispositions de cette loi. Tout d'abord, elle relève de la définition même du handicap qui, selon la loi, est le résultat de la rencontre entre les incapacités qu'une personne peut connaître du fait des déficiences qui sont les siennes et l'inadaptation de l'environnement. De fait, elle relève d'un besoin de compensation qui constitue la réponse individuelle apportée à ses besoins, ceux-ci étant bien sûr fonction des incidences handicapantes de la maladie.

Pour la personne handicapée psychique, la spécificité par rapport à d'autres types de handicaps résulte dans le fait qu'il y a souvent un croisement de plusieurs besoins, et donc de plusieurs réponses à apporter : médico-sociale, sanitaire...

La réponse en termes de compensation doit donc prendre en compte ces différents besoins, être adaptée, évolutive et durable.

Par ailleurs, il est important de souligner que la personne handicapée psychique relève aussi du champ de l'accessibilité dans la politique du handicap. Il ne s'agit pas ici du seul soin, qui peut pour sa part s'avérer nécessaire de manière durable ou conjoncturelle, mais aussi de l'accompagnement au sens large.

La loi du 11 février 2005 marque un changement de paradigme. Jusqu'alors, le handicap psychique était le champ exclusif d'experts qui évaluaient de manière technique les difficultés qu'une personne pouvait rencontrer, et par conséquent les réponses qu'il fallait y apporter. Aujourd'hui, dans le cadre de cette loi, la personne handicapée psychique doit être actrice de ce qui la concerne, personnellement et dans le cadre de la collectivité à laquelle elle appartient. Sa participation et son accompagnement sanitaire et social sont donc des conditions essentielles de son accessibilité à la cité, de son insertion dans la

société, que ce soit par le logement, le développement du lien social, ou l'insertion socioprofessionnelle.

C'est sur la base de ces principes que les besoins des personnes en souffrance psychique sont aujourd'hui envisagés de façon différente et que des réponses innovantes sont apportées à ces besoins, que ce soit par notre UDAF, d'autres UDAF ou leurs partenaires, ou encore d'autres associations ou organismes, au niveau départemental, régional ou national. L'UDAF des Deux-Sèvres, au sein de son pôle Insertion Handicap Psychique, est présente sur les trois champs de réponse qui seront évoqués aujourd'hui : logement, développement du lien social et accompagnement socioprofessionnel.

Notre engagement sur le champ du handicap psychique fait partie des réponses à nos différentes missions de représentation, de défense et d'accompagnement des familles. Dans les UDAF, au cœur de nos projets, sont essentiellement concernés des hommes, des femmes, des familles auprès desquelles quelle que soit leur situation, nous nous devons d'être solidaires. Au-delà de l'engagement pris par notre Conseil d'Administration sur ces questions, nos services ont aujourd'hui acquis une spécificité, une expertise, un savoir-faire reconnus dans le développement et la gestion des dispositifs d'insertion dans la cité, en faveur des personnes en situation de handicap psychique.

Nous n'avons cependant pas la prétention de faire mieux que les autres, l'ambition ou l'intention d'agir pour ces personnes en ne faisant appel qu'à nos propres compétences. Bien au contraire, si les dispositifs que nous développons fonctionnent – ce dont beaucoup ici peuvent témoigner – c'est parce qu'ils s'inscrivent toujours, et par principe, dans la construction de réseaux partenariaux et dans la complémentarité de nos actions. Telle est la clé de la réussite dans le travail partenarial. Cela se traduit dans notre département par des partenariats conventionnés et effectifs avec des pôles de psychiatrie des Centres Hospitaliers, un partenariat construit avec les acteurs de l'insertion professionnelle, ainsi qu'une recherche systématique et permanente de complémentarité d'intervention avec d'autres organismes sociaux ou médico-sociaux.

Nous savons également que nous sommes reconnus dans notre action par nos financeurs, publics ou privés. Sans leur soutien, nos actions ne pourraient exister. Certains de nos dispositifs bénéficient d'autorisations et donc d'un financement dans la durée. D'autres en sont encore au stade du conventionnement annuel ou du financement par bons de commande. L'un des enjeux de l'avenir proche sera donc de permettre à nos dispositifs de fonctionner dans la durée, de se maintenir dans une action de qualité et de se pérenniser, éléments indispensables à leur réussite et à l'attention aux personnes que nous accompagnons quotidiennement.

Nous nous devons d'être inventifs collectivement, financeurs et acteurs, dans l'intérêt de tous. Cela se traduit par un travail mené en collaboration avec d'autres associations, notamment celles qui adhèrent à notre UDAF, telles que l'UNAFAM, l'inscription à des réseaux tels que le réseau Galaxie, qui réunit au niveau national des structures favorisant l'insertion sociale et professionnelle de personne en situation de handicap psychique. De même, la collaboration au sein du réseau des UDAF par des échanges de savoirs et de pratiques est fondamentale. Ainsi, nous avons développé le service Espoir 79 grâce au modèle Espoir 86 de l'UDAF de la Vienne.

Les UDAF possèdent un savoir-faire dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans cette région, comme dans bien d'autres.

Je remercie l'UNAF d'en témoigner en organisant cette journée dans notre département des Deux-Sèvres. Ce savoir-faire doit continuer de se développer au niveau national et l'UDAF des Deux-Sèvres se tient bien évidemment, pour ce faire, à la disposition de ses partenaires pour partager, au-delà de cette journée, notre expérience et notre méthodologie.

Je vous souhaite à tous et à toutes d'excellents instants dans notre département et une bonne journée de réflexion.

Guillemette LENEVEU

Directrice Générale de l'UNAF

Monsieur le Vice-président du Conseil Général des Deux-Sèvres, Mesdames et Messieurs les Conseillers Généraux, Mesdames et Messieurs les Présidents et Directeurs, Madame la Présidente de l'UDAF des Deux-Sèvres, Mesdames et Messieurs, je vous remercie du fond du cœur pour votre accueil à l'occasion de cette première journée nationale décentralisée sur le thème du handicap psychique et de l'insertion.

Je le fais également au nom du Président François FONDARD, qui n'a pu se joindre à nous mais qui m'a demandé de le représenter. Je remercie votre UDAF ainsi que celles de la Charente, de la Vienne et de la Marne, d'avoir partagé avec l'UNAF la lourde charge de l'organisation de cette manifestation. L'implication de tous a permis que nous nous retrouvions aujourd'hui nombreux autour du thème traité aujourd'hui. Notre volonté commune était, dès l'origine, d'ouvrir au public, notamment des praticiens et professionnels, cette journée d'échanges traditionnellement réservée aux Unions Départementales. Dans la mesure où vous n'êtes pas moins de deux cent cinquante personnes réunies, il semble que ce pari soit gagné.

Je remercie donc pour leur présence les élus locaux, les représentants de l'UNAFAM, les Directeurs, chefs de service et agents des Directions départementales de la cohésion sociale, des Directions régionales du travail et de l'emploi, des Conseils Généraux, les représentants d'associations, de l'AGEFIP, des fédérations Galaxie, ainsi bien entendu que les bénévoles, les cadres et les salariés des UDAF.

L'idée d'organiser cette première journée nationale est née au sein du Comité de développement des « Familles – Gouvernantes », avec pour objectif d'aborder le thème du handicap psychique et de l'insertion de manière large, en analysant les différents services développés au sein du réseau des UDAF. Il convient de rappeler que le dispositif des « Familles – Gouvernantes » est au cœur des valeurs défendues par l'institution nationale : la solidarité, la défense des plus fragiles, leur insertion dans le tissu social, la restauration de leur citoyenneté, le respect des valeurs familiales... Créé dans les années 1970, il représente une réponse innovante à la question de l'insertion en proposant un lieu de vie à dimension familiale à des personnes isolées et dépendantes. Je voudrais d'ailleurs rappeler qu'en 2010, dans le cadre de l'année européenne de lutte contre l'exclusion, ce dispositif propre à notre réseau a été sélectionné parmi les projets participant à la prise en charge des personnes fragilisées.

Cette sélection a contribué à sa reconnaissance dans sa vocation d'insertion sociale. Ce dispositif a démontré son efficacité et c'est la raison pour laquelle l'UNAF accompagne les UDAF dans le développement de cette activité, ce dont nous reparlerons en fin de matinée avec Hervé ALLIER, Directeur de l'UDAF de la Marne, d'où est né le concept des « Familles – Gouvernantes ».

Notre réseau et ses associations s'intéressent en priorité aux besoins des familles, ce qui explique d'ailleurs notre partenariat historique avec l'UNAFAM sur les « Familles – Gouvernantes ». Il n'est pas inutile de rappeler que notre réseau compte 99 unions départementales, 22 unions régionales, plus de 18 000 représentants des familles, qui emploient plus de 7 000 salariés et regroupent 7 000 associations adhérentes, soit plus de 700 000 familles.

Les missions des unions figurent dans le Code de l'Action Sociale et des Familles : représenter les familles, ester en justice, gérer des services d'intérêt familial...

Au titre de la mission de gestion des services, nous recensons à ce jour au sein du réseau des UDAF plus de 80 activités différentes représentant plus de 600 services dans les

domaines les plus variés : action familiale, budgétaire, petite enfance, jeunesse, logement, personnes handicapées, services sociaux, services mandataires judiciaires délégués à la protection des majeurs et services délégués aux prestations familiales...

Au travers de l'Observatoire National que notre réseau a constitué, et qui reste aujourd'hui le seul dispositif en France d'observation des majeurs protégés, nous avons la possibilité de repérer les difficultés, notamment d'ordre psychique, rencontrées par cette population. C'est donc à partir de ces travaux de recherche que Jean-Philippe VALLAT, Sous-directeur à l'UNAF, interviendra au cours de la matinée sur les enjeux du handicap psychique en termes de politique publique. De plus, dans sa mission d'interlocuteur des pouvoirs publics, l'UNAF entend relayer des propositions concrètes permettant d'améliorer les politiques de lutte contre l'exclusion.

Au-delà de cette activité et particulièrement depuis la loi du 11 février 2005, de plus en plus d'UDAF interviennent pour favoriser l'insertion des personnes en situation de handicap psychique. Aujourd'hui, nous dénombrons 30 UDAF disposant d'au moins un service dans ce domaine sous diverses formes : maisons d'accueil spécialisées, familles-gouvernantes, maisons-relais, résidences d'accueil, services d'accompagnement médico-social, groupes d'entraide mutuelle...

Tristan AYRAULT et Christophe LAFFAITEUR, respectivement Directeurs des UDAF des Deux-Sèvres et de la Vienne nous présenteront en fin de matinée cette offre de services du réseau à travers le territoire, que nous avons notamment recensée à travers un questionnaire.

A l'origine de cette Journée, nous sommes partis du constat selon lequel de plus en plus d'UDAF diversifiaient leurs services en direction des personnes porteuses de handicap psychique. Notre objectif est donc de faciliter les échanges entre les UDAF concernées par ces services. Ainsi, un groupe de travail national a été constitué sous la coordination de l'UNAF.

Parallèlement, nous avons souhaité sensibiliser l'ensemble des UDAF et encourager la réflexion du plus grand nombre sur le handicap psychique, souvent mal connu du grand public. Cette journée est donc destinée à créer une dynamique de réseau, à valoriser les UDAF actifs sur ce champ et à partager les expériences avec d'autres professionnels, qui seront nos témoins privilégiés dans l'après-midi, ceci au cours de trois tables rondes préparées par des responsables d'UDAF, que je cite :

Frans HOEFSLOOT, Responsable du Pôle Insertion Handicap Psychique à l'UDAF des Deux-Sèvres, nous expliquera comment les professionnels s'attachent à favoriser l'insertion par le logement en proposant des modes d'habitats accompagnés, permettant à des personnes ayant des degrés d'autonomie divers de s'insérer en milieu ordinaire.

Eric GARANS, Chef de service du Pôle Psychique à l'UDAF de la Charente, nous parlera des modalités d'accompagnement en vue de l'insertion sociale dans la cité, afin de permettre le déclenchement chez les personnes en situation de handicap psychique d'un processus d'émergence ou de rétablissement du sentiment d'appartenance, d'utilité, d'identité sociale.

Patrick GENTY, Directeur du Pôle Insertion à l'UDAF de la Vienne, exposera les conditions d'une insertion professionnelle durable, tant au niveau de l'accompagnement des personnes que du service aux entreprises.

Tous trois mettront en avant les partenariats et coopérations indispensables à développer dans l'intérêt des bénéficiaires, au travers des expériences et témoignages de participants aux tables rondes. Celles-ci seront animées par Jean-Jacques CECCONI, journaliste à la Nouvelle République, à qui nous avons confié la difficile tâche de maître de cérémonie.

Ce matin, nous avons le plaisir d'accueillir deux spécialistes, Pascal BLOCH, Praticien hospitalier et Psychiatre au Centre Hospitalier de Niort, et Rébecca CHAPPE, Directrice du CEFRA, le Centre de formation pour adultes à Lyon et Administratrice de Galaxie. Tous deux nous apporteront leur éclairage sur la définition et les contours du handicap

psychique, sujet maintes fois débattu et toujours d'actualité. Au-delà des mots, Pascal BLOCH reviendra sur la notion de maladie mentale et sur le passage de la pathologie à la prise en compte du handicap psychique, la reconnaissance de ce dernier et les besoins de maillage entre le sanitaire et le médico-social. Rébecca CHAPPE abordera le handicap psychique et la compensation : comment favoriser l'emploi par la mise en œuvre de prises en charge spécifiques et d'outils adaptés, sans oublier le domaine de la formation des professionnels. Elle témoignera également de l'action fédératrice des réseaux nationaux Galaxie et AGAPSY, de leur coordination locale, et de la nécessité de créer du lien entre les acteurs du territoire.

Nous avons fait le choix de ne pas faire l'impasse sur les différents aspects du handicap psychique, de même que nous avons fait le choix de donner la parole à tous les acteurs, en priorité ceux de terrain. Ceci explique le grand nombre d'intervenants qui se succéderont lors des différentes tables rondes.

Pour terminer, je voudrais renouveler tous mes remerciements à tous ceux qui ont permis la tenue de cette journée. Il y a un peu plus d'un an, les UDAF des Deux-Sèvres et de la Vienne, membres du Comité national de développement des « Familles - Gouvernantes », se sont proposées pour organiser avec l'UNAF cette manifestation, avec l'aide des UDAF de la Charente et de la Marne. Depuis cette date, les équipes se sont rencontrées à de multiples reprises, de sorte qu'il convient de féliciter particulièrement les directeurs d'UDAF Tristan AYRAULT, Christophe LAFFAITEUR, Hervé ALLIER, Thomas DURIEUX et leurs équipes.

Je vous souhaite à tous une excellente journée.

Qu'est-ce que le handicap psychique ?

Jean-Philippe VALLAT

Sous-directeur REAP de l'UNAF

Bonjour à tous. Mon intervention portera sur la façon dont l'UNAF a envisagé le handicap psychique depuis qu'elle s'y est intéressée et surtout, sur les enjeux de cette notion en matière de politique publique. En effet, le rôle de l'UNAF est bien de conseiller les pouvoirs publics dans l'amélioration de leurs politiques, notamment au travers de la connaissance de la notion de handicap psychique.

Le point de départ de la réflexion de l'UNAF en la matière est un rapport de l'Observatoire National des Populations Majeures Protégées datant de 2007 et produit pour la Mission de Recherche du Ministère de la Santé (MIR). La Loi Handicap de 2005, ainsi qu'il l'a été rappelé, a reconnu et intégré le handicap psychique en le définissant comme « *les difficultés au quotidien des personnes présentant des déficiences psychiques invalidantes* ».

Suite à la mise en œuvre de cette loi, la MIRE a lancé un appel à projet, auquel l'UNAF a répondu en s'appuyant sur les travaux de son Observatoire National, de recherche autour de la définition du handicap psychique. Le rapport de 2007, se basant sur un questionnaire très large sur les difficultés des personnes, ne donne pour autant pas un grand nombre de réponses sur la définition même de la notion de handicap psychique. Ce qui ressort finalement de ce questionnaire, c'est le caractère repérable du handicap psychique, notamment au travers de difficultés concrètes, telles que les difficultés relationnelles et la difficulté dans la vie quotidienne. En revanche, il est malaisé d'établir un lien entre ces marques du handicap et les déficiences mentales ou psychiques, au travers d'une approche plus médicale. De ce fait, les résultats du rapport font bien apparaître la divergence entre le ressenti du majeur et la définition beaucoup plus objective donnée à l'époque par le délégué à la tutelle.

Finalement, cette recherche débouche sur une difficulté de définition. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'UNAF attend beaucoup de journées telles que celle-ci et des relations avec les UDAF, dans la mesure où il apparaît évident que les pratiques de terrain peuvent nous indiquer de quoi retourne le handicap psychique, en déterminant le mode d'accompagnement adéquat à adopter.

Aujourd'hui, si le rapport a eu le mérite de fonder les recherches de l'UNAF, il est à présent temps de passer à un autre stade puisque les services autour du handicap psychique dans les UDAF se sont beaucoup diversifiés, dans une configuration très différente de celle de 2005.

La définition même du handicap psychique renvoie à des politiques publiques particulières. En effet, en 2001, lorsque la classification internationale du handicap a été revue pour quitter le terrain purement individuel et renvoyer à l'environnement social, familial, architectural et institutionnel des personnes, la possibilité a été ouverte d'instituer des politiques d'aides publiques générales en faveur de ces personnes.

De façon très générale, les définitions en termes de politiques publiques opposent souvent le droit à compensation et la notion d'accessibilité. Cette distinction est par exemple celle retenue par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie : « *Le handicap doit être accompagné par des politiques d'accessibilité – l'accessibilité étant l'accès pour tous à des droits et des politiques – conduites par des acteurs publics.* »

Par ailleurs, les politiques de compensation s'inscrivent dans des réponses individualisées en fonction des besoins de la personne, plutôt apportées par le secteur médico-social offrant des services concrets pour accompagner les personnes en situation de handicap.

Le droit à compensation, issu de la loi de 2005 et représentant l'une des bases de la politique publique autour du handicap, présente plusieurs difficultés.

En premier lieu, il n'est pas toujours très adapté au handicap psychique, ce qui se ressent au regard même de sa définition. De même, ce modèle se retrouve dans les grilles du handicap qui, souvent, ne tiennent pas compte des spécificités du handicap psychique dans leurs aspects d'accompagnement social et humain.

La deuxième difficulté du droit à compensation tient au fait qu'il impose des critères assez précis, puisque les besoins sont individualisés. Ainsi, il est nécessaire de catégoriser la personne, ce qui n'est pas toujours opérationnel pour le handicap psychique puisqu'il se caractérise notamment par son évolutivité. Ces problématiques se retrouvent d'ailleurs dans d'autres politiques publiques qui cherchent à individualiser le service et à s'adapter aux situations familiales.

Ensuite, le droit à compensation suppose d'identifier des caractères précis, ce qui n'est pas toujours aisé.

Finalement, la CNSA estime que l'opposition entre l'accessibilité et le droit à compensation est quelque peu réductrice. Elle établit donc un *continuum* dans lequel il est intéressant d'essayer d'identifier les services des UDAF. Sa typologie tient en trois points :

- l'accès au droit commun : ici se retrouve la notion d'accessibilité pour tous, tant dans le positionnement de l'UNAF que dans l'action des UDAF en termes d'institution ;
- l'adaptation du droit commun à des populations spécifiques ;
- le développement de dispositifs spécifiques, tels que ceux des « Familles – Gouvernantes ».

En définitive, il est intéressant d'examiner la façon dont l'UNAF doit travailler pour améliorer sa connaissance du handicap psychique et en tirer des éléments d'action autour des pouvoirs publics. De plus, il est à présent important de se tourner vers des études beaucoup plus qualitatives en nous appuyant notamment sur les services mis en place par les UDAF, pour essayer de se situer dans une approche plus fine des populations concernées.

Pour ce faire, il semble que deux axes d'étude et de propositions pourraient être retenus :

- un axe sociologique de connaissance des populations et des pratiques professionnelles, dans lequel il serait intéressant pour l'UNAF d'insister sur l'approche familiale : la définition même d'un SAVS permet d'ailleurs de retrouver la question de la restauration des liens familiaux pour faire évoluer favorablement les personnes en situation de handicap psychique ;
- un axe de politique publique fondée sur une approche transversale : l'UNAF est en effet une institution généraliste qui, à partir de questions spécifiques, se pose des questions plus générales. C'est ainsi que l'UNAF a participé à des ateliers préparant une Conférence nationale de lutte contre la pauvreté, ayant fait très spontanément émerger la question du handicap psychique. De ce fait, à partir d'une question beaucoup plus générale - celle de l'accessibilité de tous à des droits sociaux - des questions plus spécifiques peuvent aider à améliorer l'accès de tous à ces droits.

S'agissant du non-recours au droit, les études et recherches menées démontrent bien l'évolution de la problématique. Pendant longtemps, s'il a été question d'augmenter les seuils de ressources. La réalité réside plutôt dans le fait que les obstacles à l'accès au droit sont souvent liés à des difficultés d'ordre psychique.

De plus, le côté évolutif et réversible semble primordial à étudier, de sorte que les organismes sociaux ont le plus grand mal à suivre ces évolutions de manière réactive. La

mission de l'UNAF ne consiste donc pas seulement à revendiquer des droits supplémentaires, mais à insister sur l'existence de droits effectifs, c'est-à-dire de droits adaptés au plus juste à la situation des personnes. Ceci renvoie donc notamment à la question de la qualité de service des organismes publics.

Pour conclure, je dirai que nous attendons beaucoup de cette journée, selon nous fondatrice d'une nouvelle démarche d'étude et de recherche, car la question très spécifique du handicap psychique en éclaire beaucoup d'autres et peut nourrir notre travail sur un certain nombre d'autres thèmes, tels que celui du logement, de la scolarisation ou des droits sociaux.

Jean-Jacques CECCONI

Pascal BLOCH, pour vous qu'est-ce que la maladie mentale ?

Pascal BLOCH

Praticien Hospitalier, Psychiatre au Centre Hospitalier de Niort

Je remercie les instances locales et nationales de l'UNAF pour leur invitation, qui vient concrétiser un certain passé très positif de collaboration entre structures déjà nommées ici.

Je précise à toutes fins utiles ne pas rencontrer de conflit d'intérêts faisant obstacle à la présente communication.

I) Rappel historique

Qu'est-ce que la maladie mentale ? Dans l'Antiquité, les hommes attribuaient les maladies aux dieux. Les crises de panique portent ce nom car elles étaient attribuées au dieu Pan, mi-homme, mi-bouc, qui terrifiait les voyageurs isolés par une voix puissante et a fait s'enfuir les Titans lorsqu'ils ont attaqué les dieux de l'Olympe. Ce dieu est encore réputé avoir mis en déroute les soldats perses à la bataille de Marathon, permettant la victoire des Athéniens en 490 avant JC. Il semble qu'Hippocrate soit le premier médecin à ne plus attribuer les maladies aux dieux mais, après établissement d'un diagnostic, à en rechercher les causes.

Les descriptions des ouvrages d'Hippocrate nous paraissent aujourd'hui entachées d'erreurs, étant rappelé toutefois que de nombreuses autres théories exactes en médecine ont depuis lors été invalidées et remplacées par les suivantes...

II) Classifications des troubles psychiques

Pour définir les cas relevant ou non d'une maladie mentale, des classifications des troubles psychiques ont été conçues.

Depuis qu'Ernst Von Feuchtersleben, médecin viennois, a inventé en 1838 le terme « psychose », il est consensuel de retenir les termes de « névrose » et de « psychose » pour distinguer les maladies ou les troubles se situant en-deçà ou au-delà d'une certaine limite de gravité. Ainsi, le langage commun identifie dans le registre de la maladie mentale ce qui correspond aux troubles ou affections définies dans le domaine des psychoses.

Une définition clinique des psychoses pourrait être : « des troubles mentaux sévères à l'origine d'une importante altération du rapport au réel et à l'autre survenant en l'absence d'une affection cérébrale localisée. »

Cette approche définit cependant davantage un résultat qu'un trouble identifié par ses causes.

III) Outils d'exploration de l'état psychique

Comme pour toute exploration, les concepts évoluent au rythme du progrès des outils. Tout d'abord, on observe un comportement et des propos offrant un certain reflet du fonctionnement psychique, de ses variations et de ses anomalies. Bien sûr, la frontière peut être parfois délicate à tracer. Notamment, les conceptions culturelles, ethniques, religieuses ou philosophiques se trouvent à l'articulation de la manière dont chacun d'entre nous voit et conçoit le monde qui nous entoure.

L'ethnopsychiatrie évoque bien la difficulté à repérer ce qui est « normal » pour une personne et « anormal » pour d'autres.

Par ailleurs, de nouvelles techniques sont découvertes régulièrement, conduisant à modifier et affiner ces perceptions de la science et de la médecine du normal et du pathologique. Par exemple, depuis l'époque où le Suisse Eugen Bleuler a créé en 1911 le terme de « schizophrénie », des appareils de plus en plus complexes permettent aujourd'hui de décrire précisément les différences entre le normal et le pathologique, à propos de détails non inimaginables avant 1950.

En outre, les techniques les plus modernes ont l'avantage de mettre en évidence un reflet des zones précises qui travaillent au sein du cerveau pendant son fonctionnement. Personnellement, je n'ai pas été élevé avec ces connaissances, mais je tire aujourd'hui parti de ces progrès exceptionnels.

En termes d'examens cliniques, une appréciation de plus en plus fine des fonctions mentales est possible, par exemple grâce aux progrès apportés par la neuropsychologie. Les neuropsychologues sont en effet spécialisés dans les évaluations des fonctions mentales et l'importance de leur travail devrait les rendre rapidement indispensables.

IV) Les apports théoriques récents

De nouveaux concepts composites définissent la maladie mentale. Ainsi, une fragilité génétique expose à ce que, sous l'influence de l'environnement, puissent apparaître et se développer de façon plus ou moins importante des anomalies de structure cérébrale et du fonctionnement mental. Désormais, on ne considère plus les psychoses comme des maladies séparées mais, selon les difficultés révélées par les symptômes, il est possible de les situer sur un même *continuum* avec une infinité de situations et la possibilité de voir le diagnostic évoluer.

En résumé, on constate des symptômes apparaissant dans certaines catégories. Par la suite, selon la combinaison de symptômes particulière à l'individu, on évoquera telle ou telle dimension de cette pathologie et non plus une catégorie fermée excluant les autres diagnostics. Ces nouveaux modèles pourraient bien détrôner définitivement les anciens, même si les théories actuelles sont encore en pleine mouvance.

V) En dehors des symptômes classiques, des troubles plus fins et plus stables

En dehors des troubles psychiatriques classiques, il est possible de nommer des troubles plus stables dans le temps et sans doute plus influents sur l'insertion sociale que les troubles psychiatriques aigus. De ce fait, une nouvelle compréhension de ces maladies viendra compléter l'état des connaissances existantes. Ainsi, une base génétique de

vulnérabilité, à laquelle s'ajoutent des facteurs environnementaux tels que la famine pendant la grossesse, ou l'action d'un virus au deuxième trimestre de la grossesse venant apporter un incident dans la construction de l'organe cérébral, puis des chocs psychologiques ultérieurs, peuvent finalement conduire à la révélation d'anomalies structurales ou fonctionnelles. Tout ceci conduit finalement à constituer des dysfonctionnements cognitifs se traduisant par un déficit de compétences.

VI) L'évolution des troubles mentaux

Des profils évolutifs très différents peuvent être constatés, de l'épisode unique et guéri sans lendemain, à une succession d'épisodes aigus avec plus ou moins de difficultés et de déficits. Le pronostic est donc, en règle générale, réellement inconnu au moment de la révélation des troubles, et aucune prévision n'est possible avant un temps d'observation de six mois à deux ans selon les conceptions.

VII) Les degrés d'amélioration

Le premier degré d'amélioration, lorsque des troubles aigus sont constatés, nous est facilité depuis 1952 et l'apparition du premier neuroleptique. Il s'agit donc d'une possibilité de traitement médicamenteux efficace sur les signes de premier rang.

Une telle possibilité a permis de multiplier réellement le nombre de personnes passant en phase de rémission. Au-delà de cette réponse au traitement, on parlera de rémission des symptômes si leur diminution est suffisamment importante et durable, et de rémission fonctionnelle si l'empreinte de la maladie s'efface suffisamment pour permettre la récupération d'un fonctionnement social assez satisfaisant. Pour cela, le degré d'autonomie personnelle et sociale est le critère primordial.

VIII) Les objectifs premiers de la prise en charge sanitaire

Classiquement, il s'agit de traiter les symptômes de premier rang, puis de favoriser l'adhésion au traitement médicamenteux, sans la régularité duquel les résultats sont souvent impossibles.

En outre, il est primordial de rendre plus acceptable le vécu du patient, de pallier certains déficits, de rétablir l'insertion sociale et (**parfois**) la réinsertion professionnelle.

D'autres objectifs moins connus méritent un développement particulier, tels que celui de la psychoéducation. Celle-ci vise à la fois à ce que le sujet comprenne mieux ce qui lui arrive, et qu'il soit guidé et soutenu vers une possibilité d'accepter d'être une personne porteuse de cette souffrance.

Le sujet doit enfin être accompagné sur les voies menant à une progression et à des améliorations significatives de son statut et de son parcours.

Il est important de souligner qu'au sein du projet thérapeutique, les nouveaux modèles de compréhension de la maladie mentale ouvrent la voie vers de nouveaux volets de prise en charge. Les soins proposés s'adressent donc aux différents étages des désordres, avec **volontiers une mise en commun du travail avec des pairs aidants, et ainsi des bénéfiques supplémentaires grâce aux soins en groupes de patients**. De plus, des soins diversifiés aident l'exploration de nouveaux rôles sociaux, en reconstruisant un projet de vie.

En tout état de cause, s'adresser à la famille est indispensable pour aboutir à de meilleurs soins pour le patient.

IX) Le handicap psychique

Selon une définition fonctionnelle du handicap psychique, on peut envisager d'une part les effets à long terme des périodes de troubles aigus sur l'insertion sociale et d'autre part, les effets des troubles cognitifs.

Le handicap psychique ne se confond pas avec la déficience mentale et même s'il existe un déficit cognitif du fait de la maladie psychiatrique, les difficultés sont très particulières dans leur spécificité et dans leur inhomogénéité.

Le handicap psychique est peu apparent, instable dans ses expressions, et très dépendant du contexte.

Les outils ordinaires d'évaluation ont une faible valeur prédictive concernant l'adaptation à de nouveaux contextes de vie, une fois le patient sorti de l'hôpital pour entrer dans le milieu médico-social ou même dans le milieu extérieur.

X) La cognition

La cognition est l'action de se saisir d'informations nouvelles – c'est-à-dire de les percevoir et de les identifier, de les comparer à des informations déjà connues puis éventuellement manipuler ces informations, les mémoriser, le tout pour s'adapter en décidant des comportements à mettre en place. On décrit ainsi sous **le terme de neurocognition ou « cognition froide »** des compétences telles que l'attention, la mémoire, le langage, le raisonnement et les fonctions exécutives. On décrit en revanche au chapitre de la « cognition sociale » les compétences suivantes : **empathie cognitive (théorie de l'esprit), perception des émotions qu'on éprouve soi-même et expression émotionnelle propre, compréhension des émotions exprimées par autrui, style attributionnel, ou compréhension des contextes sociaux...**

Les compétences de la perception sociale procèdent d'apprentissages sociaux complexes qu'il est possible d'entraîner et de renforcer.

En la matière, il y a donc lieu de développer de nouveaux outils d'évaluation. Par exemple, en cas d'atteinte à l'attention et à la mémoire, il est possible de travailler au moyen de la remédiation cognitive. Dans le cas d'atteinte des capacités d'apprentissage, il est possible de proposer des méthodes en groupe d'entraînement aux habiletés sociales.

Ensuite, au titre des ambitions thérapeutiques plus récemment décrites en matière de cognition sociale, des ateliers très ludiques de cognition spécifique sont mis en œuvre. A cette fin, il est naturellement indispensable de disposer des moyens nécessaires.

En conclusion, les troubles cognitifs sont responsables pour la personne d'une conscience de souffrir d'importantes difficultés, mais très délicates à identifier et à exprimer. La conscience de ressentir des difficultés à l'acquisition de nouvelles compétences constitue en outre une autre souffrance, générant d'importantes difficultés de tenir une activité professionnelle. Plus généralement ces troubles aboutissent à l'accumulation de problèmes d'ordre social et même à des difficultés d'autonomie dans la vie quotidienne.

Au total, les troubles cognitifs sont à la base d'une fréquente désinsertion sociale. Ils sont plus stables que les troubles psychiatriques et sont susceptibles de bénéficier d'améliorations par d'autres méthodes que les soins usuels médicamenteux.

XI) Quel cheminement de la maladie mentale au handicap psychique ?

Malheureusement, le monde de la psychiatrie est trop longtemps resté sur un questionnement autour des causes, sans se concentrer suffisamment sur les méthodes susceptibles de changer le devenir une fois la stabilisation obtenue de certains symptômes. Avec l'amélioration de l'état du patient, la question de l'insertion sociale des personnes souffrant de troubles mentaux se trouve bien souvent posée au premier plan, bien avant la sortie de l'établissement psychiatrique.

Dans l'idéal à l'initiative du médico-social, les deux secteurs se contactent et échangent les informations pertinentes pour partager leurs réflexions autour du parcours de l'intéressé.

La conclusion est simple **et se résume** au besoin évident de maillage autour des missions que le sanitaire considère désormais comme siennes.

Jean-Jacques CECCONI

Pascal BLOCH, vous avez évoqué l'insertion professionnelle comme le meilleur médicament. Est-ce réellement avéré ?

Pascal BLOCH

Effectivement. Il s'agit d'une constatation que les Québécois ont amplement démontrée. Une insertion professionnelle constitue la garantie de stabilité du parcours de la personne. Ainsi, dans une situation de départ et des critères d'évaluation comparables, la personne récupérant une insertion professionnelle aura un devenir nettement amélioré par rapport à celle qui n'aura pas eu cette chance.

Jean-Jacques CECCONI

Nous en reparlerons donc dans la troisième table ronde. Rébecca CHAPPE, vous allez aborder également le thème de la compensation.

Rébecca CHAPPE

Directrice du CEFRA : Centre de Formation pour adultes, Lyon et secrétaire adjointe de l'association nationale Galaxie

Vous venez de m'offrir une transition toute trouvée. Je vais en effet évoquer le handicap psychique sous l'angle pratique de sa mise au travail et de son insertion professionnelle. Il s'agit donc de savoir si l'insertion sociale est effectivement constitutive du soin, ou si elle doit en être la suite et la transition. Telle est la complexité de la situation car il est nécessaire pour les professionnels de réagir très vite, dès la stabilisation, et de travailler étroitement en coopération.

En ce qui concerne le handicap psychique, je ne reviendrai pas à nouveau sur les définitions mais insisterai sur l'insertion professionnelle. Le fait que le handicap psychique soit reconnu par la loi du 11 février 2005 constitue une grande avancée pour la réussite de la mise à l'emploi. En effet, la loi rappelle tout d'abord que l'intégration de ce handicap spécifique représente l'affaire de tous et donc, renvoie à nos obligations citoyennes. Ceci

est absolument fondateur car après un système d'assistance connu avant la loi de 1987, le passage avait été effectué vers un système de solidarité nationale. Or la loi de 2005 nous rappelle qu'il ne s'agit pas uniquement de solidarité, c'est-à-dire de devoir faire une place, mais que cette place existe effectivement et qu'elle est due. De ce fait, les personnes en situation de handicap ont leur place au travail et avant cela, à l'école, dans la vie sociale, l'accès à la culture, aux services publics...

I) Droit à la compensation

Le handicap psychique, dans ses représentations au travail, implique la prise en compte de dysfonctionnements de la personne : difficultés dans la représentation de soi et des autres, dans le lien avec autrui, souffrance réelle et constante, source de rupture dans la relation aux autres et par rapport à la société.

Selon nous, le handicap psychique concerne des personnes possédant une capacité physique et intellectuelle à penser les actions nécessaires à la vie autonome, mais rencontrant à certains moments l'incapacité ou la difficulté psychique à les mettre en œuvre. En complément, il existe une inadéquation entre ces capacités altérées et l'environnement peu ou pas adapté. C'est pourquoi les professionnels sont souvent rapidement déroutés par la variabilité des situations et la réalité des difficultés.

Les personnes présentent, sous des aspects différents, des difficultés dans des domaines particuliers et notamment pour développer une communication efficace et décrypter les rapports sociaux. De ce fait, l'intégration au travail en est très compliquée. De plus, ces personnes peuvent avoir des perceptions très spécifiques du monde qui les entoure, par exemple du point de vue des horaires, de la hiérarchie, des consignes et de façon générale de tous les éléments constitutifs d'une vie professionnelle évidente.

II) Conséquences du handicap psychique au travail

Les conséquences du handicap psychique au travail sont diverses. Tout d'abord sur le plan individuel, la variabilité des capacités entraîne souvent la perplexité des employeurs dans la mesure où les personnes seront tantôt performantes de façon tout à fait normale, tantôt en grande difficulté de mobiliser ces capacités qu'ils possèdent.

Les conséquences entraînent également des difficultés à se prendre en charge au quotidien.

En outre, des problèmes relationnels importants et durables nécessitent d'être en constante relation avec le secteur sanitaire, sans se fier au discours parfois trompeur des personnes qui pensent se sentir guéries dès qu'elles sont au travail et souhaitent dès lors interrompre leurs soins.

Par ailleurs, au chapitre des conséquences s'ajoutent les risques de repli sur soi, les fragilités, la difficulté à se projeter dans un projet de vie personnelle, de même que l'altération de l'autonomie. Sur ce dernier point, l'appréhension est particulièrement difficile car il s'agit de déterminer jusqu'à quel point envisager l'autonomie, dont la recherche est constante.

En définitive, l'insertion dans la vie professionnelle nécessite des accompagnements adaptés pour pallier notamment la peur du jugement et de l'inconnu.

III) Les moyens de compensation permettant une intégration au travail

Il n'existe aucune réponse prédéfinie et évidente. De ce fait, l'accompagnement tiendra compte du profil personnel et professionnel de la personne, mais également des moyens

et contraintes de l'employeur et de son entreprise et surtout des acteurs externes mobilisables.

Il est en effet apparu incontestable que les professionnels de l'accompagnement à l'emploi devaient collaborer avec les professionnels du soin, les acteurs du médico-social et donc avec l'ensemble des professionnels susceptibles de pouvoir intervenir dans le maillage permettant l'autonomie de la personne, en toute sécurité.

Tout d'abord, on considère que chaque personne handicapée psychique possède sa propre histoire et son expérience, à l'instar de l'employeur. Dès lors une insertion réussie est constituée de la rencontre des deux. Un éventail de solutions et de possibilités sera donc utilisé pour aller vers une démarche de recherche d'autonomie la plus large possible, tout en rejetant le maternage.

IV) Les facteurs clés de la réussite

1) L'individualisation

De façon générale, la réussite tient à l'individualisation c'est-à-dire au travail de proximité à partir du diagnostic des possibles. Les outils d'évaluation des capacités de la personne à l'instant précis permettent un diagnostic et la désignation d'un référent interne identifié, qui assurera une fonction de type tutoral, et d'un référent de parcours.

De plus, la formation et la qualification des professionnels contribuent également à la réussite, la force des réseaux étant absolument essentielle. Former et qualifier les professionnels, c'est leur permettre dans le cadre de l'emploi et dans celui de l'accompagnement médico-social, de comprendre la spécificité du handicap psychique de la personne. Ceci renvoie donc à l'ensemble des formations adaptées proposées par les réseaux tels que Galaxie.

2) La cohérence

Le travail avec les réseaux de partenaires est source de cohérence puisqu'une pluralité de ressources sont disponibles : acteurs du médico-social, professionnels de l'insertion, de l'accompagnement, encadrement et management de la personne au travail...

Il s'agit en effet d'éviter que le management, ayant oublié la situation de handicap de la personne, la mette en situation stressante imprévue déclenchant une crise. Dès lors, la personne se remettra à dysfonctionner et le service dans lequel elle travaille se trouvera en grande difficulté. La cohérence des moyens et des informations entre les différents intervenants est donc indispensable de manière à anticiper ces situations et tenter d'éviter les moments de panique.

3) Le temps

Pour leur part, les professionnels de l'insertion se situent dans chaque phase de transition : de la période de chômage à l'emploi, de l'emploi dans une situation de travail donnée à une autre... Or opérer des changements, c'est prendre le temps d'écoute et effectuer des points réguliers sur l'avant et l'après. Il s'agit ainsi de travailler à l'ébauche de projets d'avenir avec des échéances claires, précises, posées et qui permettront de rassurer la personne pour la mobiliser. Or le temps, qui constitue un outil important, fait malheureusement souvent défaut.

4) La flexibilité des situations et des mises en situation

Il s'agit de veiller à ce que les situations proposées s'adaptent à la personne et non l'inverse, tout en se confrontant aux exigences propres de l'entreprise, du service ou de l'établissement. Il est en effet nécessaire de permettre à la personne de se trouver dans

une situation préparée à son intention, tout en tenant compte du cadre dans lequel elle s'exprime et de ses limites en cas de difficultés.

5) *La projection vers un avenir réaliste*

Un avenir réaliste pour une personne en situation de handicap psychique implique de fixer des étapes et des objectifs raisonnables et atteignables. Les objectifs dans l'emploi représentent souvent une difficulté, de sorte que les référents d'accompagnement vont souvent les décomposer en sous-objectifs raisonnables. En tout état de cause, le manager ne doit jamais hésiter à passer la main à une autre équipe, dans l'intérêt même de la personne encadrée, pour optimiser sa progression et gérer ses difficultés de parcours.

Tout changement provoque des incertitudes et nécessite de pouvoir être situé dans un environnement posé, permettant à la personne de repérer des limites et d'assurer une juste distance.

6) *La coopération*

La coopération implique d'articuler le management de la personne avec son contexte propre et les accompagnements dont elle bénéficie par ailleurs, de chercher le soutien des professionnels du handicap psychique et de s'appuyer sur les réseaux spécialisés, le tout pour aider à dénouer des situations bloquées. Il convient en effet d'être conscient que les temps de blocage et de crise font partie du parcours de la personne en situation de handicap psychique.

Pour ce faire, le réseau Galaxie est essentiel. Il s'agit d'un réseau de professionnels de l'insertion sociale et professionnelle travaillant avec des partenaires au niveau national et régional. Le maillage des réseaux permet d'interagir et de mutualiser des cadres pour rendre possible l'insertion.

Autrement dit, pour une intégration réussie au travail, il est nécessaire de mobiliser cinq outils principaux :

- l'écoute ;
- l'adaptabilité ;
- la gestion du temps ;
- la souplesse d'organisation ;
- le réseau de partenaires spécialisés.

V) L'année 2014, grande cause nationale du handicap psychique ?

Le collectif pour la santé mentale, grande cause nationale, est actuellement en voie de constitution et il est possible de le rejoindre dès à présent, comme l'ont déjà fait de nombreux acteurs: Advocacy France, Agapsy, l'AIR, Argos 2001, les Fédérations Croix-Marine, France Dépression, l'UNAFAM, Schizo ...

Jean-Jacques CECCONI

Merci Madame CHAPPE, votre intervention était très dense et intéressante. Toutes les questions sont les bienvenues.

Docteur Patrice FRANCOIS

Il est bien évident que le secteur médico-social montre une certaine cohérence mais l'articulation avec le sanitaire est beaucoup plus compliquée. Comment peut-on préparer

des personnes ayant des troubles des fonctions cognitives si le secteur psychiatrique ne met pas en place des moyens destinés à les aider à bénéficier des outils du dispositif médico-social ? En effet, nous savons parfaitement qu'un très faible nombre de secteurs du Poitou-Charentes mettent en place des dispositifs de réhabilitation psychosociale, de réapprentissage des habiletés professionnelles, et qu'un seul secteur travaille sur la remédiation cognitive.

De ce fait, les bénéficiaires de ces dispositifs voient leur taux de rechute réduit. Or en psychiatrie, c'est la rechute qui est onéreuse, tant en termes de coût d'hospitalisation que de durée moyenne de séjour. C'est pourquoi les services pourraient réaliser d'importantes économies en mettant en place la remédiation cognitive et la réhabilitation psychosociale. Cependant la cohérence implique nécessairement un dispositif en réseau, et même une filière du handicap psychique. Le chaînon manquant se trouve en France uniquement sur ce dispositif de préparation à l'intégration dans la communauté des malades psychiques, par ailleurs souvent beaucoup sédatisés.

La question est donc de savoir si le secteur psychiatrique du Poitou-Charentes est disposé à partager un travail en commun avec les dispositifs médico-sociaux, en mettant en place des dispositifs de réhabilitation psychosociale préparant les personnes à la sortie.

Pascal BLOCH

Dans la salle, différents intervenants de toute la France s'efforcent effectivement de soutenir la promotion des approches que vous citez. A Niort, au sein du Centre Ressources handicap psychique CreHPsy, notre ambition est de pouvoir intégrer la remédiation cognitive avec différents programmes. Certains praticiens d'Angoulême et de la Rochelle ici présents défendent également ces approches.

Nous sommes donc particulièrement convaincus de l'utilité de ces dispositifs. Cependant les moyens matériels pour réaliser un véritable centre de réhabilitation sociale visant le rétablissement, dans sa dimension humaine complète et non pas le seul soin psychiatrique plus classique, impliquent nécessairement des embauches, des formations, le développement de grands projets...C'est pourquoi les progrès paraissent insuffisants actuellement même s'ils existent.

Par ailleurs, le Centre Ressources handicap psychique de l'hôpital de Niort propose une équipe mobile, certes restreinte, mais susceptible de proposer de l'évaluation- et pas seulement psychométrique - dans le domaine du handicap psychique. Il propose en outre certaines prestations cliniques et des ateliers spécifiques. Il est en tout état de cause nécessaire de défendre le programme novateur de l'accompagnement institutionnel d'équipes.

L'information et la formation sont donc le pendant de nos actions auprès de la personne et des équipes.

Jean RENAUD

Je souhaiterais faire preuve d'optimisme dans la mesure où dans la Vienne, existe la Fédération des Hôpitaux de jour, fédération intersectorielle pratiquant la remédiation cognitive pour les malades et la psychoéducation pour les familles de schizophrènes et de bipolaires.

Panorama des besoins repérés par les familles

Jean-Jacques CECCONI

Jean RENAUD, vous êtes Délégué Régional de l'UNAFAM, association qui soutient et informe les familles confrontées aux troubles psychiques de l'un des leurs.

Jean RENAUD

Délégué Régional de l'UNAFAM

Tout à fait. Il s'agit d'une association de familles et d'amis des personnes malades et/ou handicapés psychiques, travaillant beaucoup avec très peu de moyens.

Préalablement, je souhaite remercier l'UNAF et les UDAF qui ont organisé cette journée alors que le sujet du handicap psychique, jusqu'alors peu abordé, commence depuis peu à émerger.

Par ailleurs, n'étant nullement spécialiste, j'ai dû être confronté à la maladie de mon fils apparue à l'âge de vingt-six ans et ai à cette occasion découvert le milieu de la psychiatrie. C'est pourquoi je tiens à remercier les psychiatres et les soignants, qui effectuent un travail exemplaire et difficile, tout en traitant les malades avec une grande humanité.

Je voudrais enfin insister sur l'importance du problème des handicapés psychiques, dont le nombre est loin d'être marginal. Le responsable de la MDPH de Poitiers a ainsi déclaré que sur un échantillon de 400 dossiers, 32 % traitaient du handicap psychique.

I) Quelques constats généraux

L'OMS a retenu cinq troubles mentaux parmi les dix pathologies les plus préoccupantes au XXI^{ème} siècle : les dépressions, les addictions, les troubles bipolaires, les schizophrénies et les TOC. Il est également important d'observer que la maladie mentale représente la plus importante cause d'invalidité dans le monde, responsable de plus du tiers des pertes d'années de vie active.

En France, deux à quatre millions de personnes souffrent de troubles mentaux, de sorte que la lutte contre la stigmatisation et l'isolement est souvent un challenge aussi important que la lutte contre la maladie elle-même.

Si les progrès réalisés par la médecine et la recherche pour découvrir de nouveaux traitements permettent aux personnes touchées de vivre plus apaisées dans la société, encore faudrait-il que celle-ci dispose de lieux d'accompagnement et d'accueil faciles d'accès, d'un abord convivial et distinct des structures de soins.

Lutter contre l'exclusion et les comportements qui écartent les plus vulnérables est un devoir. Or il est constaté que la plus grande exclusion est cérébrale. Les troubles mentaux rendent souvent impossible la simple demande de soins, ce qui conduit parfois ces personnes dans la rue ou en milieu carcéral : un tiers des personnes sans abri et un quart des détenus souffrent de troubles psychiques. Par ailleurs, alors que les schizophrènes représentent 1 % de la population générale, le chiffre en prison atteint 10 %.

Il est donc nécessaire d'agir pour que chacun trouve sa place, quelles que soient ses différences.

Pourtant ces personnes ont été ignorées pendant très longtemps, ce qui a pu priver la société de leur contribution. Il est donc nécessaire de leur rendre leur dignité ainsi que le pouvoir d'agir, de restaurer et d'améliorer leur qualité de vie en les accompagnant dans la prise de conscience, le développement et l'utilisation de leurs capacités pour vivre.

C'est pourquoi l'insertion sociale et professionnelle représente une valeur ajoutée, non seulement pour les intéressés mais également pour toute la société, car ces personnes en situation de handicap psychique ont des talents pouvant bénéficier à tous.

Cela étant, pour que ces malades soient considérés automatiquement comme handicapés, il est nécessaire que les troubles soient suffisamment graves.

Il convient par ailleurs de rappeler que dès 2001, après le Livre Blanc sur la Santé Mentale et le rapport Charzat, l'UNAFAM avait demandé un plan d'urgence en six points :

- un accès facile et une continuité des soins ;
- des ressources ;
- un logement accompagné, élément essentiel à la stabilisation et à l'intégration ;
- un accompagnement social sur le lieu de vie et/ou sur le lieu de travail ;
- une protection juridique si nécessaire ;
- une aide au travail ou au bénévolat, en milieu ordinaire ou protégé.

Outre les personnes touchées, il est nécessaire d'aider les familles et même les travailleurs sociaux et les soignants non spécialisés.

On considère qu'1 % de la population est lourdement handicapée et nécessite une aide importante. Ceci représente donc 1 000 personnes pour 100 000 habitants, c'est-à-dire un gros secteur psychiatrique. Par ailleurs, pour cette même population on compte 30 places à l'hôpital, 70 en foyers de vie, 30 en appartements accompagnés, 250 familles-gouvernantes et 200 logements sociaux.

II) Panorama d'un parcours de vie

Après les soins de crise généralement assez courts, les malades reviennent généralement à leur domicile. Dans cette hypothèse, tout dépendra de l'accompagnement dont ils bénéficient pour éviter la rechute. En tout état de cause, le parcours n'est jamais linéaire de sorte que les structures existantes se doivent d'être variées : clinique privée, réseau de santé mentale, centre de réhabilitation, communauté d'accueil thérapeutique, service d'accompagnement en milieu professionnel ordinaire avec maintien dans l'emploi, maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé et de vie, appartement thérapeutique...

En outre le parcours d'un malade peut également rencontrer les familles d'accueil thérapeutique (cependant devenues rares car très coûteuses) les familles-gouvernantes, les SAMSAH, les SAVS, les maisons-relais et résidences-accueil, les groupes d'entraide mutuelle, les CMP, les psychiatres de ville, le médecin traitant.

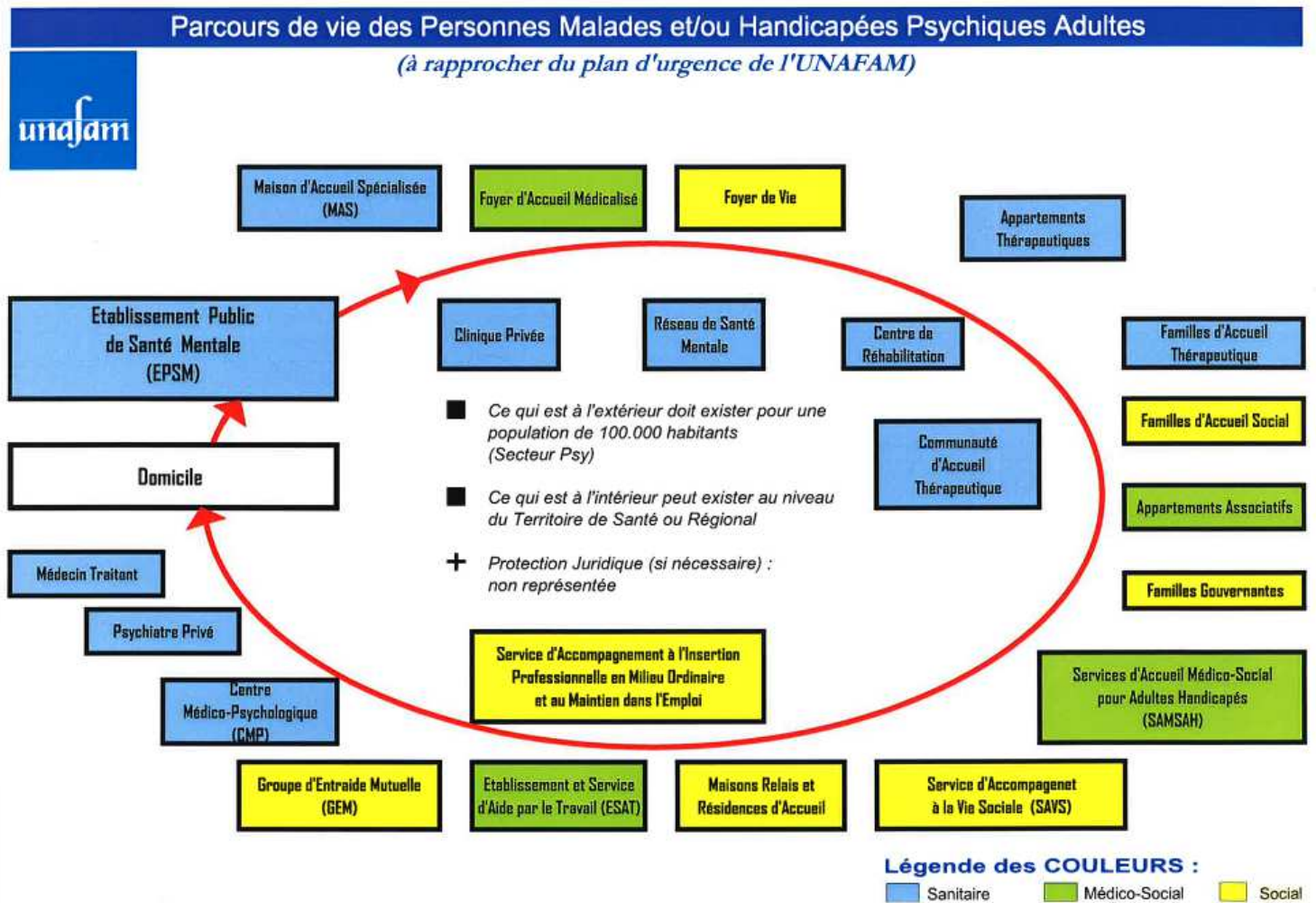
Il est important d'insister sur le fait que l'ensemble de ces établissements (tant en matière médico-sociale que sociale) nécessite que la psychiatrie intervienne en soutien, tant pour les salariés que pour les malades.

III) Périmètre du handicap psychique

La loi de 2005 a reconnu le handicap psychique tandis qu'en 2007, une plaquette éditée et diffusée par la CNSA, initiée par l'UNAFAM, a œuvré pour une définition en son chapitre

premier. Ainsi, a été affirmée la distinction entre le handicap psychique et la déficience intellectuelle.

Pour ma part, je place de grands espoirs dans l'équipe de recherche de la Professeure Florence WEBER, titulaire de la récente chaire Handicap Psychique à l'Ecole Normale Supérieure.



L'offre de services des UDAF

Christophe LAFFAITEUR

Directeur Général de l'UDAF de la Vienne

Le réseau des UDAF est un acteur important dans le domaine du handicap psychique, même s'il n'est pas le seul.

Nous avons réalisé une enquête auprès des différentes UDAF afin de disposer d'un ensemble d'éléments à vous communiquer aujourd'hui. Sur les 100 UDAF interrogées, 80 ont fourni une réponse pour une cartographie intéressante. A cet égard, il apparaît qu'aujourd'hui 33 UDAF sont concernées par une ou plusieurs activités dans le champ du handicap psychique : SAVS, GEM, maisons-relais, familles-gouvernantes...

De ce fait, dans chaque département, plusieurs dispositifs différents sont susceptibles de coexister. Par ailleurs, l'antériorité du handicap psychique dans le réseau des UDAF n'apparaît pas. Bien évidemment, si les mesures de tutelle que nous gérons ont été rappelées en préambule, nous mettrons plutôt l'accent sur la naissance du dispositif gouvernant dans les années 1990 dans la Marne. Celui-ci a été dupliqué dans plusieurs autres départements, jusqu'à la circulaire de 2002 sur les maisons-relais et les résidences-accueil et enfin la loi sur le handicap en 2005. Ainsi les UDAF se situent bien dans le champ précurseur de tout dispositif pouvant répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique.

En définitive, près de 2 000 personnes sont actuellement accompagnées sur le territoire national.

Tristan AYRAULT

Directeur Général de l'UDAF des Deux-Sèvres

Pour essayer de comprendre les différents dispositifs, la présentation sera quelque peu simplifiée, l'échelle retenue étant celle du degré d'autonomie des personnes, en partant des moins autonomes. Il s'agit ici des dispositifs sociaux et non sanitaires : maisons d'accueil spécialisées, familles-gouvernantes, maisons-relais et résidences-accueil, SAMSAH, SAVS, GEM, clubs d'activité, places en ESATH et insertion professionnelle.

Christophe LAFFAITEUR

Parmi les financeurs figurent l'Etat (DCS et ARS), le Conseil Général et tant d'autres. De même, un certain nombre d'autres partenaires s'ajoutent au maillage pour une réussite de l'ensemble.

Par ailleurs, neuf départements gèrent un ou plusieurs GEM tandis que deux projets sont en cours dans la Vienne et la Marne.

Tristan AYRAULT

Concernant les SAVS et les SAMSAH, quatre départements sont aujourd'hui équipés. Par ailleurs les départements des Deux-Sèvres et du Tarn-et-Garonne ont répondu à des appels à projet sur des SAMSAH.

En outre, des services d'insertion professionnelle ont été développés, l'UDAF des Deux-Sèvres s'appuyant sur l'expérience de l'UDAF de la Vienne pour mettre en œuvre son service. Ce type de dispositif très pertinent apporte une réponse aux besoins d'insertion professionnelle en milieu ordinaire.

Christophe LAFFAITEUR

Les maisons-relais et résidences-accueil constituent des logements durables pour les personnes en relative autonomie et se situent donc dans le champ des résidences sociales.

Il convient à cet égard de souligner qu'en matière de logement, les UDAF se sont beaucoup investies puisque 17 départements sont concernés, certains pour plusieurs dispositifs. De plus, les maisons-relais sont présentes dans 10 UDAF, les résidences-accueil dans 4 UDAF, tandis que 3 UDAF disposent des deux structures et que 9 projets sont en cours.

Au total, un quart des UDAF sera concerné par les maisons-relais et résidences-accueil, ce qui représente respectivement 378 et 174 bénéficiaires accompagnés au quotidien.

Tristan AYRAULT

Dix-neuf départements au total ont développé le dispositif des familles-gouvernantes sous des formes assez diverses, ce qui représente 606 personnes au niveau national. Le dispositif a aujourd'hui trouvé toute sa pertinence mais demeure fragile en cas de défaut de coordination entre le sanitaire et le social.

En définitive, 33 UDAF sont véritablement impliquées au quotidien dans ces activités et les efforts nécessitent d'être poursuivis pour continuer de répondre aux besoins des familles concernées.

« Famille-Gouvernante » : une réponse historique du réseau

Hervé ALLIER

Directeur Général de l'UDAF de la Marne

I) Structure

L'UDAF de la Marne est une structure comportant 170 professionnels dans plusieurs pôles : vie institutionnelle, mandataires judiciaires, gestion des budgets familiaux, accompagnement social, accès personnalisé à la santé, animation collective d'opérations de réhabilitation de l'habitat, logement, parentalité, espace-rencontres et parrainage de proximité...

Personnellement, je ne suis qu'un passeur dans cette aventure exceptionnelle initiée en 1990 à Reims et qui, au fil des années, s'est adaptée tant au niveau de l'environnement social et réglementaire que de la professionnalisation du dispositif.

La première question posée aux associations a été celle du logement et de l'accompagnement des personnes sous protection juridique. Une telle réponse a été trouvée en alliant à la fois respect de la personne et esprit de famille dans l'accompagnement et l'hébergement.

Ce dispositif se situe donc au cœur des valeurs fondamentales défendues par l'UNAF et les UDAF : solidarité et défense des intérêts des plus fragiles, maintien dans le tissu social, restauration de la citoyenneté et respect des valeurs familiales.

II) Lieux de vie

Les lieux de vie peuvent prendre diverses formes, le modèle de l'UDAF de la Marne n'en étant qu'un parmi d'autres.

Depuis 2007, le SAVS Familles-Gouvernantes est labellisé service médico-social par le Conseil Général, ce qui a constitué une étape très importante dans la professionnalisation et l'organisation de ce service.

Le public concerné présente une pathologie mentale suivie par les services de la psychiatrie, parfois un handicap physique peu lourd et souvent des problèmes d'alcoolisme, le tout avec une incapacité à gérer le quotidien.

Le concept est celui de cinq ou six adultes colocataires résidant dans deux ou trois appartements à proximité de la gouvernante, qui les aide dans les actes de la vie quotidienne. De plus, le SAVS nous a permis de compléter ce dispositif par des accompagnateurs sociaux apportant un développement culturel et de loisirs pour les résidents.

En tout état de cause, la loi de 2002 impose des contraintes, mais qui ont été négociées avec le Conseil Général de la Marne.

Les besoins des résidents s'articulent entre gouvernants, accompagnateurs sociaux et mandataires judiciaires. Néanmoins si l'accompagnement social a été réglé, à notre avis le métier de gouvernante n'a pas été envisagé car il est différent d'une aide à domicile.

Le fait d'être agréés nous a également permis de mettre en œuvre un projet individualisé, ce qui a constitué un réel progrès et permis de répondre aux reproches formulés sur l'ancien dispositif, qui se souciait peu des désirs de la personne.

III) Financement

Le financement du service est assuré par le Conseil Général après orientation SAVS de la MDPH, ainsi que par la participation des résidents. Le budget du service représente aujourd'hui 1,9 million d'euros, dont 1 million d'euros émanant du Conseil Général *via* l'orientation SAVS et 900 000 euros par les résidents (soit un forfait avoisinant 450 à 470 euros par personne et par mois). A titre de comparaison, une famille d'accueil représente environ 500 euros mensuels sans accompagnement. Ce coût de 450 euros se décompose en 19 euros prévus dans le cadre d'un financement SAVS au niveau du Conseil Général et des minimum garantis, environ 130 euros de salaire de gouvernante, 110 euros de loyer charges comprises et 200 euros d'hygiène, entretien et alimentation.

En définitive nos résidents, qui bénéficient pour une grande majorité d'entre eux d'une allocation d'adultes handicapés majorée (soit des revenus d'environ 880 euros mensuels) disposent d'un résiduel possible pour des activités. En revanche dans le cas de personnes ne percevant que le minimum vieillesse, les allocations sont quelque peu insuffisantes.

IV) Objectifs du service

Le service vise un accompagnement social individualisé à travers un maintien à domicile en milieu ordinaire. De plus, du lien est recrée autour de ces personnes dans des quartiers populaires de Reims, avec des loyers convenables.

En outre, une assistance et une stimulation sont apportées pour les actes de la vie courante et de l'hygiène, tandis que les résidents participent à la confection des repas. Nous les accompagnons également dans leur citoyenneté : établissement de papiers, sensibilisation aux élections...

De plus, l'accès est favorisé aux loisirs et activités culturelles à Reims et Châlons-en-Champagne.

V) Fonction employeur

La fonction employeur est assurée depuis le 1^{er} janvier 2008 par une association d'aide à domicile, filiale de Familles Rurales, faisant office de mandataire. Celle-ci est en charge du recrutement des gouvernantes, de la rédaction et de la conclusion des contrats de travail ainsi que du suivi des horaires des salariés.

De plus un comité de pilotage est constitué des deux directeurs UDAF et Familles Rurales, des deux Présidents et des deux chefs de service. Il se réunit environ tous les trois mois, tandis que la maîtrise du dispositif est du ressort de l'UDAF de la Marne. De ce fait, aucune décision - même un licenciement ou une sanction disciplinaire d'une gouvernante - n'est prise sans l'aval de l'UDAF, qui rend des comptes au Conseil Général.

VI) Les partenariats

Le Conseil Général représente aujourd'hui un partenaire incontournable. De plus, le concept de familles-gouvernantes n'est plus ouvert aux seules personnes bénéficiant d'un dispositif de protection juridique et les partenariats avec les offices publics et les sociétés de HLM sont tout à fait exemplaires dans la Marne.

Par ailleurs, le secteur médical, les médecins traitants locaux et les médecins psychiatres avec lesquels des conventions partenariales sont conclues (sans être exclusives du secteur public) sont également des partenaires importants.

De même, les associations de quartier, y compris les associations de locataires, sont très présentes.

L'UDAF est titulaire du bail de 64 appartements, dont sont en charge 33 gouvernantes (dont deux hommes), 15 auxiliaires de vie et 5 accompagnateurs sociaux ainsi qu'une chef de service à mi-temps.

VII) Conclusion

Il est incontestable qu'un développement personnel heureux des personnes se réalise dans les lieux, permettant sans doute une stabilité de leur état de santé, une amélioration de leurs conditions physiques et de leur hygiène de vie. Pourtant, certains psychiatres ont critiqué le dispositif Familles-Gouvernantes, réputé pratiquer un maternage autoritaire.

Néanmoins, une meilleure professionnalisation depuis janvier 2008 a pu permettre de former les gouvernantes de façon plus satisfaisante, pour une meilleure prise en charge de la personne. En outre l'adaptation de la prise en charge médicale est très individualisée, les personnes évoluant dans un univers convivial et un esprit de famille.

En tout état de cause, une acceptation des différents handicaps permet une cohabitation harmonieuse et une insertion socio-culturelle satisfaisante.

En définitive, en tant que dirigeants d'une structure, nous devons en permanence faire preuve d'adaptabilité pour correspondre toujours plus aux besoins des usagers et à une politique d'insertion du handicap.

Jean-Jacques CECCONI

Vous avez mentionné des problèmes d'alcoolisme de la personne en situation de handicap psychique. Est-ce un déclencheur ?

Hervé ALLIER

Je ne suis pas un spécialiste. Il existe en effet des addictions, problèmes comportementaux parfois décelés par la suite comme des troubles psychiques par les psychiatres. Historiquement, le problème concerne des personnes sous protection, en grande exclusion sociale, marginales et sans domicile et donc souvent sous addiction alcoolique.

Table ronde n°1 : Favoriser l'insertion par le logement

- Frans HOEFSLOOT, Responsable du Pôle Insertion Handicap Psychique, UDAF des Deux-Sèvres
- Pascal BLOCH, Praticien Hospitalier, Psychiatre au Centre Hospitalier de Niort
- Christelle ROMANYCK, Cheffe du Pôle Egalité des Chances et Accès aux Droits de la DDCS 86
- Jacques LEBERT, Directeur de l'Association « Un toit en Gâtine »
- Félix VEDRENNE, Animateur Résidence Accueil, UDAF des Deux-Sèvres
- Sophie ROQUAIN, Accompagnatrice Sociale Dispositif « Famille-Gouvernante », UDAF des Deux-Sèvres

Jean-Jacques CECCONI

Le constat est clair : les effets handicapants de la maladie empêchent les personnes touchées de vivre dans un logement autonome. Il faut donc aménager des espaces de vie adaptés.

Frans HOEFSLOOT

Effectivement. L'UDAF des Deux-Sèvres, ainsi que d'autres UDAF, développent des formes de logement accompagné, partant du constat que les effets handicapants de la maladie empêchent un certain nombre de personnes de vivre en milieu ordinaire sans accompagnement spécifique. Ces dispositifs « famille-gouvernante » sont du logement accompagné et partagé en milieu urbain. Dans les Deux-Sèvres, nous avons deux dispositifs, chacun avec 15 résidents et 3 salariés permanents. Il s'agit de dispositifs sous forme de service d'aide à domicile autorisés et tarifés par le Conseil général. Des groupes de 5 personnes partagent deux appartements. Des professionnels interviennent pour accompagner les personnes dans les actes essentiels et ordinaires de la vie quotidienne. C'est cet accompagnement qui permet aux personnes de trouver une place en milieu ordinaire et d'exercer leurs droits de citoyen.

En dehors de ce travail d'aide à domicile, les professionnels interviennent également pour assurer la cohésion des groupes de vie, ainsi que pour faciliter le lien entre les résidents et leur entourage.

Un certain nombre d'UDAF, dont la nôtre, développent et gèrent des dispositifs de logement autonome accompagné. Dans les Deux-Sèvres, nous avons une résidence accueil à Niort. Ce dispositif est né de l'expérimentation « Pension de famille » menée en 1997-1998. Il a été inscrit dans le code de construction et d'habitat à partir de 2002, donnant naissance aux maisons-relais et aux résidences-accueil.

Il s'agit en général de petits ensembles de 15 à 25 logements. Chez nous, il y en a une vingtaine. Nous présentons la particularité, dans les Deux-Sèvres, d'avoir également 2 logements d'évaluation, dans le cadre d'Allocations Logement Temporaires (ALT). Nous n'intervenons pas directement dans le logement, mais plutôt dans l'accompagnement autour du logement, avec pour souci d'animer le collectif et d'assurer la cohésion de l'ensemble. Le collectif est beaucoup plus important que dans « famille-gouvernante ». Nous jouons également un rôle de facilitateurs entre les résidents et leur entourage.

Sur le plan réglementaire, le dispositif « famille-gouvernante » ne répond pas à un modèle. Il n'existe donc pas de public ressource. En revanche, le handicap doit obligatoirement être reconnu pour permettre l'attribution de la prestation de compensation du handicap. Dans le dispositif « Résidences Accueil », il n'existe pas obligatoirement de reconnaissance du handicap, mais le dispositif ne s'adresse qu'à des personnes à faibles ressources et en situation d'isolement social du fait de difficultés d'ordre psychique.

Dans ces différents cas, les professionnels de terrain interviennent pour maintenir un niveau de bien-être, permettant aux personnes de se stabiliser et d'allier projet de vie sociale et projet de soins. Nos professionnels sont des facilitateurs. Ils interviennent dans le cadre de l'accompagnement social. En revanche, ils n'ont aucune compétence sur le plan sanitaire. Nous n'avons d'ailleurs aucune prétention de ce point de vue. C'est bien pour cela que nous avons développé, dans les deux dispositifs, des partenariats conventionnés avec des services de psychiatrie. C'est parce que les personnes parviennent à se stabiliser dans un logement accompagné que les soignants peuvent intervenir dans de bonnes conditions et que les résidents peuvent travailler sur leur projet de vie et leur projet de soins. Dès lors, nous sommes en mesure de développer une prise en charge dans la durée.

Je laisse maintenant Sophie Roquain témoigner de son action au quotidien.

Sophie ROQUAIN

Notre action revêt de multiples formes, très diverses. Pour autant, il est possible de mettre en évidence trois grands champs d'intervention.

Le plus voyant est l'accompagnement au quotidien, qu'il s'agisse d'aide, de stimulation ou de « faire à la place » lorsque la personne est en grande difficulté. Nous intervenons tous les jours aux domiciles des personnes. Il est important de leur apporter une aide dans les actes de la vie quotidienne - courses, préparation des repas, prise de rendez-vous, etc. Ce quotidien nous sert de support dans l'accompagnement. Nous devons adapter nos interventions en fonction des besoins de chacun, de leurs capacités et de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. Tout cela demande du temps. Il s'agit par exemple d'encourager les personnes à se changer ou de les aider à s'occuper de leur chambre, en synthèse de faire en sorte qu'ils se soucient d'eux-mêmes et de l'univers qui les entoure. C'est important pour eux, mais également pour l'image qu'ils donnent à l'extérieur. Nous veillons vraiment à ce que les personnes vivent ce quotidien au mieux, à leur rythme, en fonction de leurs habitudes et de leurs choix, mais aussi dans le respect de leur intégrité et de leurs troubles.

Notre deuxième grand champ d'action est une intervention plus silencieuse, plus subtile. Notre présence se fait alors plus discrète et régulatrice. Nous sommes à la fois disponibles, acteurs et observateurs. Il est important de permettre à chaque personne de s'exprimer à son rythme, avec ses mots et ses manières d'être. Il s'agit de faire en sorte que chacun ait sa place au sein du groupe, ainsi qu'une existence au sein de notre société. Cela passe par des actions telles que la valorisation au sein du groupe du repas préparé par une personne ou du fait qu'une autre, très bavarde, a su écouter les autres. Notre présence est à la fois verbale et non-verbale. Il nous faut travailler en respectant l'autonomie de chaque personne, sans nous imposer pour ne pas créer de dépendance à l'égard des professionnels que nous sommes. Nous devons conserver une distance juste.

Enfin, le troisième axe de notre action est un rôle de relais ou d'avertisseur lorsqu'une personne présente des changements dans ses habitudes ou ses comportements. Bien que ces changements ne soient pas forcément synonymes de mal-être, il est important d'être à l'écoute pour, le cas échéant, alerter les professionnels. C'est l'exemple d'une personne qui s'isole davantage ou qui ferme sa porte de chambre alors qu'elle avait l'habitude de la laisser ouverte. Ces comportements changeants doivent nous questionner.

Le dispositif « famille-gouvernante » représente bien une alternative à l'hôpital lorsque la personne n'y a plus sa place, mais qu'elle n'est pas pour autant en capacité de vivre

seule. Nous accompagnons ces personnes dans l'accès à une vie sociale qui leur corresponde, en les reconnaissant au-delà de leur maladie. Nous intervenons sur les répercussions de la maladie. Nous cherchons à compenser leur handicap pour leur permettre de s'insérer dans la cité en les encourageant à se tourner vers l'extérieur.

Toutefois, le dispositif « famille-gouvernante » ne peut pas répondre à toutes les demandes et à tous les besoins des personnes, qui doivent être capables de « se gérer » la nuit ou l'après-midi. Lorsqu'elles ont un besoin, elles doivent pouvoir attendre notre présence. Lorsque la maladie s'aggrave, le besoin d'une présence massive plus structurante peut se faire sentir. L'absence du professionnel et les frustrations de la vie collective sont parfois mal vécues, au point de créer des angoisses insupportables et d'engendrer des comportements inadaptés. Même s'il existe une entraide dans le groupe, elle ne peut répondre que partiellement à cette angoisse. La présence du professionnel est toujours utile.

La vie en groupe peut ne pas convenir à des personnes qui ont retrouvé une certaine autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Partager un repas ou un appartement peut alors être difficile à vivre. Il est donc très important d'être à l'écoute de l'évolution des personnes et de travailler en partenariat pour réfléchir à un projet plus adapté.

Le dispositif « famille-gouvernante » vise à proposer un lieu de vie commun, convivial et adapté aux capacités de chacun, qui doit rester acteur de son devenir.

Jean-Jacques CECCONI

Quelles sont les limites auxquelles vous vous heurtez ?

Sophie ROQUAIN

Certaines personnes peuvent avoir des addictions. Nous ne sommes pas toujours aptes à y répondre. Le recours à un professionnel spécialisé est alors nécessaire.

Jean-Jacques CECCONI

Avez-vous impérativement besoin d'avoir du temps ?

Sophie ROQUAIN

Pour accompagner au mieux une personne, il nous faut du temps. Lorsqu'une personne arrive en « famille-gouvernante », nous ne la connaissons pas. Nous ne savons pas ce qu'elle peut faire réellement et où son handicap peut l'amener. Tout cela ne se fait pas en un an, mais sur des années.

Jean-Jacques CECCONI

Je passe maintenant la parole à Félix Védrenne. Quelle est la nature de votre travail au quotidien ?

Félix VEDRENNE

La résidence-accueil propose un logement à des personnes en difficulté économique et sociale qui ont, en plus, des problèmes psychiques. Ce qui leur est essentiellement proposé, c'est un logement durable, une semi-collectivité et une présence humaine. Les troubles psychiques peuvent induire des comportements spécifiques susceptibles de perturber la vie individuelle et collective. Les animateurs doivent donc se montrer très attentifs pour instaurer un climat de sécurité et de sérénité. Ils appuient leurs actions avec les intervenants extérieurs - infirmiers à domicile, aide-ménagères, mandataires judiciaires, familles, etc.

Cette présence humaine est un élément essentiel de la résidence. La parole et l'échange y tiennent une place importante. Cet accueil n'est pas planifié : les personnes ont accès à cette présence humaine autant de fois qu'elles le désirent. Ces contacts

s'inscrivent dans la durée, bien que l'immédiateté des réponses verbales et organisationnelles soit importante. Durant cet instant d'accueil, les demandes sont d'ordre matériel, mais également de réassurance, d'insécurité, d'écoute et de dialogue. Il s'agit aussi de prendre le temps de se rencontrer, de bavarder et de s'organiser pour des tâches telles que le repas, faire les courses, se rendre à la laverie, etc.

Tout ceci vise à créer du lien social et à donner aux personnes une ouverture sur l'extérieur. Pour beaucoup d'entre elles, la résidence-accueil est avant tout un lieu d'écoute et de soutien, par la présence des animateurs, mais également par leur vie sociale interne.

Malheureusement, il n'est pas toujours possible d'écouter les personnes aussi longtemps qu'elles le souhaiteraient. Outre le manque de temps, nous évitons que la conversation prenne un aspect thérapeutique car nous ne possédons pas les compétences pour cela. Alors, nous pouvons orienter vers des personnes plus compétentes. Pour beaucoup, la présence de l'animateur apparaît comme un repère sécurisant et une aide immédiate.

Cependant, l'émergence des difficultés psychiques constitue un frein à de nombreuses actions. Ces personnes ne mesurent pas totalement leurs désirs, leurs capacités et leurs compétences, si bien que des tâches simples - participer à un événement familial, faire une liste de courses, entretenir son lieu de vie etc. - peuvent devenir pratiquement impossibles à exécuter. C'est alors que notre rôle d'animateur prend tout son sens.

Le rythme de vie décalé pose de vrais problèmes. Il faut beaucoup en parler, au besoin rappeler les règles et interpeller les partenaires.

Dans ces situations diverses, l'animateur peut jouer un rôle par sa seule présence. Il peut être un intermédiaire important par la stimulation et l'encouragement. Toutefois, ce rôle doit pouvoir s'effacer pour ne revenir que lorsque la personne ou la situation l'impose.

L'équipe doit créer et conforter une ambiance générale. Nous croyons que cette ambiance peut avoir une incidence sur la manifestation des troubles, même si nous ne sommes évidemment pas des thérapeutes. Toutefois, l'ambiance générale que nous créons au travers des lieux semi-collectifs permet aux personnes de s'exprimer pleinement et sereinement. L'animateur doit donc s'efforcer, face à un groupe, d'accorder à chacun le droit à la parole, le respect et la considération, élément très important pour des personnes en souffrance psychique, qui souffrent parfois de l'image qu'elles renvoient d'elles-mêmes et de leurs difficultés.

Les phénomènes de groupe existent. Il peut s'agir d'émulation, mais également de la recherche d'un bouc-émissaire. La régulation nous occupe donc beaucoup. Il est nécessaire d'être attentif à cet aspect en recherchant le juste équilibre entre fermeté et humour et en nous adaptant au caractère de chacun. L'aspect relationnel d'un groupe se construit et s'auto-régule.

Jean-Jacques CECCONI

Intervenez-vous dans le logement ?

Félix VEDRENNE

Non. Ce n'est pas notre travail. Nous sommes concernés par le logement de manière indirecte, mais ce n'est pas un lieu auquel nous accédons de manière libre. Nous n'entrons dans les logements que si les personnes acceptent de nous y recevoir.

Jean-Jacques CECCONI

Travaillez-vous avec les familles ?

Félix VEDRENNE

Oui, dans un rôle de lien ou de transmission. Nous pouvons intervenir pour pondérer des relations, pour les maintenir ou pour en créer.

Nous touchons nos limites en termes d'addictions. Nous avons encore un gros travail à fournir avec nos partenaires, notamment sanitaires. La vie nocturne est une autre limite, puisque notre temps de présence est limité au cours de la journée.

Jean-Jacques CECCONI

Les relations entre les professionnels du sanitaire et les accompagnateurs médico-sociaux sont une nécessité absolue.

Pascal BLOCH

Oui, mais c'est bien avant que nous souhaitons établir cette collaboration, lorsque nous menons les premières évaluations visant à trouver le bon projet de sortie. Le dispositif « famille-gouvernante » est véritablement exceptionnel. L'attention apportée par la personne qui est auprès donne des clés de lecture.

Notre rôle consiste à orienter une personne vers les familles gouvernantes. Toutes les questions sont envisagées avant, mais elles sont sans cesse réinterrogées au cours de cette progression que représente l'insertion de la personne dans le dispositif.

Frans HOEFSLOOT

Vous avez une expérience des commissions d'admission et de sortie, que ce soit dans « famille-gouvernante » ou dans « résidence-accueil ». Le travail d'orientation n'est pas uniquement effectué à partir du sanitaire. Les candidatures peuvent être présentées à partir des orientations de la psychiatrie, mais également des orientations du médico-social. Ces commissions permettent aux acteurs du social et du sanitaire de se rencontrer et de comprendre pourquoi certains dispositifs sont ou ne sont pas adaptés.

Jean-Jacques CECCONI

Vous arrive-t-il de revenir sur des décisions que vous avez prises ?

Pascal BLOCH

Bien sûr. Nous réévaluons sans cesse si le positionnement que nous avons adopté convient à la personne. L'évaluation du handicap psychique doit se faire avec des outils pertinents. Ce n'est pas simple. Nous sommes souvent confrontés, lors de ces commissions, à un gros point d'interrogation. Cela résume bien la nécessité de continuer à travailler pour développer et affiner nos propres outils afin de donner une lisibilité suffisante aux autres acteurs.

Jean-Jacques CECCONI

Jacques Lébert, vous ne pouvez pas toujours répondre aux besoins spécifiques. Comment faites-vous ?

Jacques LEBERT

En vous écoutant, je me suis senti extérieur, tout en étant confronté aux situations que vous avez abordées. Notre association est généraliste. Elle intervient en direction des problématiques de l'habitat que rencontrent aussi bien des jeunes en mobilité professionnelle que des publics fragiles. Nous gérons un service logement. Nous mettons en relation l'offre et la demande afin d'aménager des sas intermédiaires pour des personnes qui ne présentent pas toutes les garanties de solvabilité ou de comportement vis-à-vis d'un bailleur. Dans ces cas, nous travaillons sur le rapport locatif, sur

l'appropriation et les usages, l'objectif étant de permettre à ces personnes d'être plus armées pour être retenues par un bailleur.

Notre travail consiste à intervenir sur la fiabilité du rapport locatif. Nous intervenons dans la gestion locative adaptée, l'aide à la médiation locative. Dans ce cadre, nous gérons une cinquantaine d'appartements. Un certain nombre de dispositifs ont été créés pour permettre cette solvabilité économique.

Nous gérons également un centre d'hébergement et de réinsertion sociale destiné à la fois à des publics jeunes et à des publics en situation d'errance. Nous les prenons en charge dans le cadre d'une dotation accordée par l'Etat afin qu'ils puissent reconquérir leur vie. Nous sommes plutôt dans une situation d'hébergement, pas de logement. Nous devons nous préoccuper à la fois de la prise en charge et de l'orientation en sortie de logement.

Après une phase d'évaluation de la demande, nous essayons d'apporter une réponse « cousue main », dans le respect du besoin des personnes. Il s'agit d'adapter les modes de gestion afin que chacun puisse trouver sa bonne réponse. Nous effectuons un diagnostic préalable, quelles que soient les situations - jeunes en mobilité professionnelle, difficultés momentanées, etc. Ce sas préalable permet de trouver la bonne réponse. Naturellement, nous ne trouvons pas cette réponse seuls.

Dans le cadre du logement, nous avons aménagé des conventions et tissé des relations avec des bailleurs publics et privés, des communes et des communautés de communes. Ainsi, nous pouvons mobiliser du logement afin de créer des résidences collectives ou des sas intermédiaires.

Nous créons également des partenariats autour des personnes. Nous nous situons en amont et en aval de l'UDAF. En amont, nous sommes parfois confrontés à des personnes en grande souffrance qui ne peuvent plus se maintenir dans la situation de logement qui avait été imaginée. Nous devons alors permettre à ces personnes d'accéder aux maisons-relais qui ont été créés. C'est arrivé plusieurs fois. En aval, les solutions que nous proposons peuvent être pertinentes pour des personnes qui sont stabilisées dans la maladie.

Nous n'avons aucun *a priori*. Nous accueillons tout le monde et nous essayons de trouver une solution adaptée aux besoins de chacun. Nous faisons le pari de la confiance : trop souvent, les échecs naissent de la défiance, voire de la méfiance. Nous construisons avec les personnes un parcours résidentiel : nous avons des propositions qui leur permettent d'aller étape par étape de l'hébergement à la solution durable. Enfin, il nous apparaît primordial de prendre en considération la personne accueillie au travers d'une étude positive.

Jean-Jacques CECCONI

Y a-t-il beaucoup d'associations telles que la vôtre en Poitou-Charentes ?

Jacques LEBERT

Nous sommes reliés à deux réseaux nationaux : la FAPIL (fédération des associations pour l'insertion par le logement) et l'union nationale pour l'habitat des jeunes. Autour de ces deux réseaux, nous avons pu nouer des relations de travail et de coopération avec la FNARS (fédération nationale des associations de réinsertion sociale).

Jean-Jacques CECCONI

Sans vous Christelle Romanyck, tout serait compliqué en termes de financement. Heureusement que vous êtes là.

Christelle ROMANYCK

Il y a les services de l'Etat, les services de l'agence régionale de santé et les services du Conseil général.

L'Etat intervient habituellement selon des logiques de plan, de schéma ou de programme qui sont ensuite déclinées au niveau des régions et des départements. Dans l'accès au logement des personnes présentant des troubles psychiques, il convient de parler du plan national psychiatrie et santé mentale et du plan national pour l'hébergement et le logement.

Le plan national psychiatrie et santé mentale a été élaboré en concertation avec les différents acteurs, y compris du champ social et médico-social. Il s'agit de privilégier autant que possible l'accès et le maintien dans le logement de droit commun. Cela n'est possible que dans la mesure où la vie dans ce logement est soutenue chaque fois que nécessaire par les soins et l'accompagnement social ou médico-social. Pour les personnes rendues vulnérables du fait de troubles psychiques, cela pourra passer par l'intermédiation locative. Le dispositif des résidence-accueil est aussi une réponse pertinente.

La lutte contre la grande précarité et la prise en charge des personnes sans-abri ou mal logés, dont une proportion importante est atteinte de troubles psychiques graves, est une priorité. Elle doit pouvoir faire l'objet de programmes innovants.

Tous les dispositifs favorisant le logement adapté doivent pouvoir être mobilisés avec l'appui de la psychiatrie.

Dans le champ social, le gouvernement souhaite mettre en place un plan pluriannuel et interministériel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Il contiendra un volet relatif à l'hébergement et à l'accès au logement. Dans l'attente de directives plus spécifiques, il est prévu de développer les outils d'accès au logement. Le logement dit adapté est essentiel. L'accompagnement vers et dans le logement doit être individualisé et adapté à chaque demandeur.

Au-delà de ce cadre national, il existe un certain nombre d'outils - schémas, plans, programmes - permettant une organisation des territoires, qu'il s'agisse de la région ou du département. Le projet régional de santé mis en œuvre par l'ARS est l'un de ces outils. Il existe un schéma régional d'organisation médico-social avec une partie personnes handicapées. En Poitou-Charentes, ce projet régional a été adopté le 15 décembre 2011.

Le schéma spécifique sur l'organisation médico-sociale retient une priorité au sein de la thématique handicap psychique, qui est l'accompagnement adapté et rapide pour l'accession à la vie ordinaire, avec une indispensable complémentarité entre les services de soins et les services médico-sociaux. Le repérage en amont des besoins des personnes est très important.

Le développement d'un partenariat entre le secteur psychiatrique et les secteurs social et médico-social doit permettre des prises de charge plus nombreuses en ambulatoire. Il est prévu le développement d'un nombre suffisant de structures médico-sociales et sociales.

Le schéma départemental des établissements et services en faveur des personnes handicapées est un autre outil très important. Pour sa part, le plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées prend en compte les personnes souffrant de troubles psychiques, les insérant parmi les publics prioritaires.

Dans la Vienne, nous travaillons beaucoup avec les bailleurs sociaux afin de bien déterminer les « compétences » dont ont besoin les personnes pour accéder et se maintenir dans le logement.

Ce sont ces schémas et ces plans qui justifient la mobilisation des financements sur les budgets opérationnels de programme de l'Etat.

Enfin, un dernier outil transversal permettra la mise en cohérence des objectifs et des financements des différentes institutions. Il s'agit des contrats locaux de santé. Ils se mettent en place progressivement sur les territoires et, souvent, comportent une priorité pour la santé mentale.

En conclusion, la thématique du logement accompagné est bien identifiée. Nous sommes appelés à davantage conforter les plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées en incitant les financeurs à créer des espaces de négociation pour mieux travailler sur la complémentarité des accompagnements mobilisés en faveur des publics fragiles, dont les personnes présentant des troubles psychiques.

Jean-Jacques CECCONI

Tout cela me semble très compliqué.

Christelle ROMANYCK

Les DDCS interviennent pour le compte du préfet de département sur le champ de l'hébergement, des CHRS et du logement adapté. A travers nos budgets, nous finançons les maisons-relais et les résidences-accueil. Le précédent gouvernement avait lancé la démarche du logement d'abord. Le nouveau gouvernement l'a confirmée. Il faut permettre aux personnes d'accéder le plus rapidement possible au logement après être passées par l'hébergement. Nous devons les y amener à travers nos dispositifs. Nous travaillons également sur l'accès à l'hébergement direct. Les services de l'Etat financent ces dispositifs. Nous devons conforter nos complémentarités avec le champ médico-social et le champ sanitaire.

Pascal BLOCH

Heureusement que ces déclinaisons nous sont proposées. Toutefois, il nous est parfois difficile de suivre ces planifications et de nous glisser dans les espaces prévus.

Jean-Jacques CECCONI

La parole est à la salle.

De la salle, UDAF Morbihan

Pourriez-vous préciser les coûts d'un mois en résidence-accueil et en famille-gouvernante ?

Frans HOEFSLOOT

Dans le premier cas, le coût mensuel est de 480 euros. Dans le second, il est de 950 euros.

De la salle, UDAF Morbihan

Ces coûts sont sans commune mesure avec une journée en hôpital psychiatrique, qui est de 600 euros.

Pascal BLOCH

Il ne faut pas imaginer que l'un nous dispense de l'autre.

De la salle, UDAF Morbihan

Je suis tout de même persuadé que les dispositifs d'accompagnement qui ont été présentés sont indispensables pour réduire les coûts de la Sécurité Sociale. Dans notre département, beaucoup de personnes font la navette entre leur domicile et l'hôpital psychiatrique. Il faudrait qu'une commission interministérielle réalise une étude nationale

très précise sur les économies qui pourraient être engendrées par ces dispositifs d'accompagnement au logement. Serait-ce possible ?

Pascal BLOCH

C'est uniquement une question de choix politique puisque les recettes de la Sécurité Sociale sont dimensionnées à la hauteur voulue par la population et les politiques. Il n'est pas dit que les recettes soient établies à la bonne hauteur par rapport aux besoins, que chacun apprécie avec sa propre sensibilité. Le choix ne nous appartient pas. Nous devons faire avec.

Christelle ROMANYCK

Les créations de places dépendent de critères tels que le bénéfice de minima sociaux ou l'âge. Ces critères visent à répartir la création des 15 000 places de maison-relais entre les différentes régions. Selon les régions, les acteurs ont pu répondre plus ou moins vite pour développer le nombre de places. Certains n'ont pas pu créer les nouvelles maisons-relais immédiatement, d'où des déséquilibres que le Ministère essaie de corriger en réajustant les programmations entre les départements. C'est le cas en Poitou-Charentes, où la Vienne a pu très vite créer des places. Nous serons en stand-by après 2013 en attendant que les autres départements créent leurs places.

S'agissant de votre demande d'étude nationale, je n'ai pas la compétence pour vous répondre.

De la salle

Vous ne pouvez pas comparer 600 euros par jour dans un hôpital psychiatrique et 450 euros par mois en famille-gouvernante. Dans le second cas, des soignants interviennent plusieurs fois par semaine. Des interventions sont effectuées à domicile tous les jours. Tout cela est supporté par le prix de journée.

Frans HOEFSLOOT

Le coût exact d'un mois en famille-gouvernante est de 950 euros, pas de 450.

Jean-Jacques CECCONI

Le moment est venu de conclure.

Frans HOEFSLOOT

Les partenariats entre le médical et le social demandent à être animés. Les dispositifs d'insertion par le logement ne peuvent fonctionner qu'à partir du moment où les soignants et les accompagnateurs sociaux disposent de moyens durables et d'un cadre lisible. Le temps de l'infirmière à domicile entre dans le prix de la journée de soins. Il doit donc être identifié. Il en va de même pour le temps de coordination et d'animation de réseau.

Que ce soit famille-gouvernante ou résidence-accueil, il est impossible de faire fonctionner ces dispositifs sans le temps et les moyens nécessaires, du côté sanitaire comme social.

Jean-Jacques CECCONI

Merci à tous.

Table ronde n°2 : Accompagner l'insertion sociale dans la cité

- Eric GARANS, Chef de service du Pôle psychique, UDAF de la Charente
- David SLINGUE, Coordinateur du Club d'activités, UDAF de la Charente
- Alexandra MASSON, Accompagnateur social du dispositif SAVS, UDAF de la Vienne
- Bernard HUMEAU, animateur du dispositif GEM, UDAF des Deux-Sèvres
- Marion ANDRAULT-DAVID, Directrice Adjointe à la Direction du Handicap et de la Vieillesse, Conseil Général de la Vienne
- Serge ANGELI, Psychiatre au Centre Hospitalier Camille Claudel à Angoulême

Jean-Jacques CECCONI

Les effets de la maladie altèrent les rapports à autrui. Il faut établir ou rétablir un lien de confiance avant d'insérer les gens dans la vie courante.

Eric GARANS

Ce matin, plusieurs intervenants se sont référés à la loi du 11 février 2005, qui marque un fondement dans l'abord de la compensation du handicap psychique. Depuis cette loi, le parcours des personnes en situation de handicap psychique s'inscrit dans l'exigence de leur participation pleine et entière à une vie sociale et citoyenne. Néanmoins, les effets de la maladie altèrent et rendent problématique la relation à autrui et à son environnement. La variabilité des troubles et leur imprévisibilité impactent et rendent fluctuantes les capacités d'adaptation nécessaires à une vie sociale.

L'insertion sociale est une action visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers des échanges satisfaisants avec son environnement. Le champ est vaste et les services qui s'efforcent de créer du lien s'appuient sur des supports variés.

L'accompagnement vers l'insertion sociale vise d'abord à établir un lien avec la personne, à instaurer un rapport de confiance avec elle. Ce rapport prend sens lorsqu'il permet à cette personne de prendre la parole, de devenir un sujet, donc d'être à même d'exprimer ce qu'est sa singularité. Dès lors, cette personne est à même d'être reconnue. C'est l'une des noblesses du travail d'insertion sociale tel qu'il est mené par les professionnels.

Pour que ce cheminement puisse se produire, le temps est une dimension essentielle. Les professionnels et les services ont besoin de temps pour que leur action ait un effet. Le parcours de vie des personnes que nous accompagnons n'est pas un long fleuve tranquille.

La collaboration entre le soin et l'accompagnement social est nécessaire. Ce sont deux dimensions complémentaires et indispensables. L'un n'est pas sans effet sur l'autre, et inversement.

Alexandra MASSON

Le service du SAVS de l'UDAF de la Vienne a été créé en 2009. Nous sommes 4 accompagnateurs de formation éducateurs spécialisés et assistantes sociales.

Nous intervenons afin de permettre l'intégration de la personne dans son environnement. Le service a pour objectif de permettre à cette personne de réaliser son projet de vie. Nous intervenons sur tout le département de la Vienne et nous sommes en charge de 40 dossiers. Les personnes nous sont uniquement orientées par la MDPH. Notre suivi dure entre 18 mois et 2 ans.

Jean-Jacques CECCONI

Est-ce suffisant ?

Alexandra MASSON

Non. Il nous est possible d'y mettre fin avant la notification si la personne a réussi à mettre en place ce qu'elle souhaitait ou si cela ne convient pas, mais en général, nous avons des demandes de renouvellement. Ce type de public nécessite beaucoup de temps.

Nous intervenons principalement à domicile, mais nous nous adaptons à la particularité du public et aux possibilités du moment. Nous pouvons réaliser nos entretiens en voiture, dans un café ou en nous promenant, toujours pour créer une relation de confiance. Nous devons montrer que notre intervention est adaptée et adaptable. Cela rassure les personnes.

Nous intervenons au minimum une fois tous les 15 jours, et dans la grande majorité des cas toutes les semaines, voire plus. Nous nous adaptons vraiment à la personne et à ses envies.

Jean-Jacques CECCONI

Il existe un vrai problème d'isolement.

Alexandra MASSON

Oui. 2 des 4 accompagnateurs interviennent en milieu rural. L'isolement y est d'autant plus accentué. Souvent, nous sommes le lien avec l'extérieur.

Notre travail consiste à aider la personne à apprendre à faire seule et à savoir repérer les ressources qu'elle pourra solliciter lorsque nous n'interviendrons plus.

Une fois la relation de confiance établie, la personne est actrice de son projet de vie. Elle l'écrit et le met en place. Nous sommes là pour en discuter.

Jean-Jacques CECCONI

Ces projets de vie sont-ils souvent possibles à mettre en œuvre ?

Alexandra MASSON

Oui. C'est relativement possible. La grande majorité des personnes souhaite s'ouvrir à l'extérieur, s'inscrire à des activités de loisirs. Nous les accompagnons pour les rassurer. Nous sommes dans le « faire avec » pour qu'elles puissent ensuite faire seules.

Nous nous appuyons sur une étroite collaboration avec l'hôpital, sur les CMP et sur les médecins-psychiatres. Nous avons besoin de cette connaissance pour monter des projets adaptés et réalisables. Nous travaillons en étroite collaboration avec le soin.

Notre intervention est exclusivement individuelle. Pour avoir une observation de groupe, nous nous appuyons sur des dispositifs existants comme les maisons pour tous ou les centres sociaux. Il est important que nous puissions nous appuyer sur les autres.

Nous sommes l'interface entre la personne et son environnement, que nous sommes obligés de préparer. Ainsi, j'accompagne une jeune femme de 33 ans, qui est mariée et a un enfant. Mon suivi a débuté à l'annonce de sa grossesse. Il a fallu que je sois présente de manière très régulière auprès des services de la maternité, puis de la crèche, pour

expliquer les répercussions sur les perceptions et la manière de communiquer. Tous les 4, nous veillons à ce que le milieu dans lequel nous tentons d'insérer les personnes soit sensibilisé aux difficultés inhérentes à la maladie.

Jean-Jacques CECCONI

David Slingue, comment rend-on possible les rapports entre les gens ?

David SLINGUE

Je vais vous parler du club d'activité, qui est une structure un peu marginale.

Jean-Jacques CECCONI

Qu'entendez-vous par là ?

David SLINGUE

Je ne crois pas qu'il en existe d'autres. Ce club a été créé en décembre 2008 suite à la fermeture d'une association. Le Conseil général a alors demandé à l'UDAF Charente de créer une structure pouvant accueillir les personnes de cette association. Pour cela, une convention a été signée entre l'UDAF et le Conseil général. Nous ne relevons pas de la loi de 2002.

Le club d'activité accueille en journée des personnes qui vivent en logement autonome, au domicile familial ou en structure d'accueil. C'est un public très large. Notre service s'adresse à des adultes en situation de handicap psychique dont l'état de santé est stabilisé. Leur participation au club est complémentaire aux prises en charge habituelles par les établissements et services sociaux ou médico-sociaux. Les personnes que nous accueillons sont en grande majorité orientées par le secteur du soin.

Actuellement, nous accueillons une population qui a entre 25 et 62 ans. Ce large éventail peut complexifier notre accueil. Ces personnes sont en difficulté pour se mobiliser, mettre en œuvre des démarches, trouver des activités adaptées et occuper leur quotidien. Leur autonomie, souvent déjà limitée par leur pathologie, peut s'amenuiser. Ces personnes ont besoin en premier lieu de reprendre confiance en elles.

Le club d'activité doit leur permettre de trouver ou de retrouver un lieu d'ancrage, de rencontre, de participation et de mise en mouvement. Il ne se situe pas dans le registre du soin. L'idée consiste à prévenir l'exclusion sociale, à permettre de sortir de l'isolement, à maintenir une dynamique et à contribuer à la réinsertion.

Jean-Jacques CECCONI

De quels moyens et quelles ressources disposez-vous ?

David SLINGUE

La participation au club découle d'une démarche volontaire de la personne. L'adhésion est soumise à une période d'essai de 3 mois. Un dossier de candidature est remis à la personne après la première rencontre, lors de laquelle cette personne est souvent accompagnée par son référent soignant. Nous étudions cette candidature avec toute l'équipe, sachant que le référent soignant émet lui-même un avis.

Jean-Jacques CECCONI

Que se passe-t-il au bout de 3 mois ?

David SLINGUE

Nous étudions le dossier de la personne avant les 3 mois. Un planning d'activité est décidé selon ses envies et notre capacité d'accueil. Nous entamons ensuite une période

d'essai de 3 mois pour voir si le lieu correspond à la personne, y compris dans son comportement avec le groupe.

Le fonctionnement du club repose sur l'inscription des adhérents à une pratique régulière d'activités conçues et développées pour leur permettre d'acquérir ou de conserver un certain degré d'autonomie. L'idée qui sous-tend la conception de l'ensemble des ateliers consiste à faire avec les adhérents pour les amener à oser faire en prenant confiance en eux. De plus, le club a pour objectif de créer et de soutenir les liens entre les personnes, de les aider à structurer leur temps sans intervenir directement dans leurs vies privées.

L'objectif consiste à permettre aux personnes souffrant d'un handicap psychique de bénéficier d'un ensemble d'activités auxquelles elles n'ont pas ordinairement accès du fait de l'exclusion engendrée par les effets de leurs troubles.

Nous proposons des activités manuelles, physiques, culturelles ou d'expression, ainsi que la préparation et le partage de repas. Mensuellement, nous encourageons la participation active des personnes au travers d'une réunion dont le but est de faire vivre le lieu.

Chaque adhérent définit son planning hebdomadaire d'activités avec son animateur-référent. Ce planning est contractualisé. Il implique un engagement de la personne. L'intérêt consiste à aider cette personne à se repérer dans le temps et à trouver un rythme de vie. Chaque personne a un planning adapté à son rythme : certaines viennent une demi-journée dans la semaine, d'autres 4 ou 5 jours. Chaque semaine, nous recevons entre 30 et 40 personnes. Chaque activité est encadrée par un animateur. L'objectif consiste avant tout à amener une personne à sortir de chez elle et à être en lien avec les autres.

Jean-Jacques CECCONI

Bernard Humeau, qu'est-ce qu'un groupe d'entraide mutuel ?

Bernard HUMEAU

Les GEM sont un lieu d'accueil pour les personnes qui souffrent de solitude, voire d'isolement, du fait de leur fragilité psychique. Il s'agit de leur permettre de créer du lien, de s'entraider et d'être acteur du lieu.

Jean-Jacques CECCONI

Comment fonctionnez-vous au quotidien ?

Bernard HUMEAU

Le GEM de Niort a été créé en 2006. C'est avant tout un lieu de partage. Les personnes s'y rendent lorsqu'elles le veulent. Elles y restent le temps qu'elles veulent.

Chaque GEM doit être animé par une association d'usagers. Celle de Niort s'appelle « Au fil de la mosaïque ». Toute activité est pensée collectivement, d'abord par le Conseil d'Administration de l'association d'usagers et l'équipe d'animation. Le rôle de l'animateur consiste à accompagner, à permettre et à faciliter. De par sa posture, il doit offrir un cadre sécurisant et chaleureux où les personnes peuvent s'exprimer. Le GEM prend en considération la personne dans tout son être. Chaque accompagnement est une aide, mais aussi une intrusion. Tout ce que les personnes font au GEM ne regarde qu'elles. Si elles veulent en parler, elles le peuvent. L'équipe d'animation ne doit pas mater. Elle doit susciter et écouter. Quelques adhérents en grande souffrance ont été réhospitalisés dans le soin. Je vais les voir à l'hôpital pour garder le lien.

Jean-Jacques CECCONI

Vous tenez compte de leur fragilité.

Bernard HUMEAU

Oui, mais également de leur histoire de vie. La souffrance psychique, aussi terrible soit-elle, fait partie de l'histoire de vie. Accepter cette histoire permet de travailler sur un projet.

Jean-Jacques CECCONI

Tentez-vous de leur donner des repères ?

Bernard HUMEAU

Oui, et nous restons vigilants. Certaines personnes ne viennent plus au GEM. Des gens partent, des nouveaux arrivent. Le GEM est un groupe en mouvement. Il faut accepter la dynamique de groupe tout en tenant compte de la particularité de chacun, avec son potentiel et son autonomie.

Le plus jeune adhérent a 20 ans et le plus ancien 68 ans. Nous sommes donc un lieu multi-générationnel. La dynamique collective doit être un outil à la dynamique individuelle. C'est important pour aller sur d'autres projets. Un adhérent très impliqué dans le GEM est actuellement dans une démarche de formation professionnelle. Il est important de bien lui montrer que son projet de vie est prioritaire.

L'association donne une identité sociale. Nous sommes d'ailleurs adhérents au centre de la vie associative de Niort. Nous organisons la fête de quartier avec le centre socio-culturel, nous réalisons des sorties en commun, nous avons un partenariat avec le centre d'action culturelle pour l'offre de spectacles, etc. Ce sont autant de lieux d'ouverture. Nous travaillons également avec une association de soignants et de patients de l'hôpital sur une action commune visant à recueillir des récits.

Jean-Jacques CECCONI

Combien êtes-vous ?

Bernard HUMEAU

Nous sommes 2 animateurs, représentant 1,2 ETP. Notre fréquentation moyenne est de 15 personnes par jour. La réflexivité est très importante. Nous construisons une histoire humaine ensemble. C'est un accompagnement. Le GEM est un excellent outil, mais il n'est pas suffisamment soutenu financièrement.

Jean-Jacques CECCONI

En fait, l'accompagnement social n'a pas d'objectif thérapeutique. Il vise à mieux vivre.

Eric GARANS

Nous ne sommes pas des soignants. Notre objectif n'est donc pas thérapeutique. En revanche, notre travail produit des effets sur les personnes. Le terme de mieux-être est un effet thérapeutique.

Jean-Jacques CECCONI

Serge Angeli, quel regard portez-vous sur l'accompagnement vers l'insertion sociale dans la cité ?

Serge ANGELI

Je suis convaincu depuis très longtemps de l'absolue nécessité d'associer l'insertion au soin. Les questions de limites ne me paraissent pas très importantes.

Pour définir le temps, les Grecs utilisaient deux divinités : le temps objectif, Chronos, et le temps des événements, Kairos. Ce temps subjectif s'ajoute au temps de l'évolution de la

maladie, qui est un temps strictement individuel. Chacun évolue à sa façon. Il ressort de tout cela qu'il est nécessaire d'adapter le rythme au sujet. Il est également nécessaire de mettre en place une constante dans le temps et dans les prises en charge, qu'elles soient médico-sociales ou thérapeutiques. C'est cette permanence des prises en charge dans le temps qui permet d'assurer et de privilégier la relation. Sans relation, il n'y a pas de soins et pas d'évolution. Ce terme de relation est très vaste. Il peut s'agir de relation familiale, amoureuse ou thérapeutique. Seule la relation peut permettre de sortir de l'enfermement de la maladie.

Si la permanence dans le temps permet de favoriser cette relation, il faut se méfier d'un écueil consistant à confondre évaluation et soin. Ainsi, j'ai constaté que la mise en place d'un système d'évaluation de la qualité des soins était suivie par la mise en place d'indicateurs. Or, très vite, tout le monde s'occupe des indicateurs et plus de la qualité des soins. Autant l'évaluation est absolument indispensable, autant elle ne doit surtout pas être une fin en soi.

Il n'y a pas de soins sans relation. Il n'y a pas non plus de soins sans réinsertion. Si aucun travail de réhabilitation n'est mis en place en même temps que les soins, et le plus tôt possible, alors le sujet sera cliniquement guéri, mais socialement malade. Or, dans la pratique, ce ne sont pas les symptômes cliniques qui sont le plus source de souffrance, mais la maladie sociale.

Autrefois, les hôpitaux psychiatriques et bon nombre d'associations assuraient à la fois les fonctions de lieu de vie et de soins. Cette solution avait l'avantage de la simplicité et l'inconvénient de couper le sujet de la réalité. Aujourd'hui, il est important de dissocier l'hébergement et les soins.

J'aimerais revenir sur le dispositif famille-gouvernante pour insister sur la qualité et la nécessité du partenariat. Au début, chacun parle sa langue, puis au fil du temps, en s'écoutant, l'on parvient par se comprendre et par comprendre la langue de l'autre. C'est de ce partenariat que naissent les solutions les plus enrichissantes. Même s'il est compliqué et difficile, le partenariat est la solution d'avenir.

Jean-Jacques CECCONI

Vous avez une expérience intra et extra hospitalière. Que suggérez-vous pour faire avancer les choses ?

Serge ANGELI

D'aller dans le sens du partenariat. A une époque, nous avons pensé qu'il serait possible de fermer les hôpitaux psychiatriques et que tout pourrait se passer dans la cité. C'était une illusion. Néanmoins, nous pouvons faire en sorte que tout soit le plus perméable possible. L'hôpital psychiatrique n'est déjà plus la forteresse qu'il était auparavant. Les échanges sont nombreux et tout le monde ne s'en porte que mieux.

Jean-Jacques CECCONI

Marion Andrault-David, le rôle des conseils généraux est de plus en plus important. Dans la Vienne, c'est un choix politique.

Marion ANDRAULT-DAVID

Effectivement. L'Etat s'est doté de programmations et de schémas, et les départements en ont fait de même. A ce titre, le département de la Vienne a adopté son schéma en faveur des personnes adultes en situation de handicap pour la période 2008-2012. Ce schéma comporte trois axes : développement de la MDPH, adaptation des capacités d'accueil pour les personnes en situation de handicap accueillies en établissement et accompagnement social.

C'est au titre de l'accompagnement social que 85 places de SAVS et 30 places de SAMSA ont été créées. La création de ces places est issue de travaux de concertation et de partenariats avec les différents porteurs. S'agissant du handicap psychique, le partenariat a réuni l'UDAF et l'UNAFAM.

A ce titre, le département a créé un SAVS sur le handicap moteur avec l'APF, un autre sur les sourds et malentendants porté par Diapason pour 20 places et le service de l'UDAF pour 30 places. S'agissant des SAMSA, la complémentarité au niveau du handicap psychique a été permise grâce à la création d'un SAMSA de 12 places porté par la mutualité.

Concrètement, 222 places ont été créées, dont la moitié pour les SAVS et les SAMSA. Ces services, notamment celui sur le handicap psychique, nous semblent vraiment constituer une réponse adaptée. La collaboration entre les différents acteurs, notamment entre l'UDAF et la MDPH, est très importante. L'UDAF est associée à l'évaluation des besoins, donc en amont de la décision de la CDAPH, au niveau des équipes pluridisciplinaires de la MDPH. C'est un élément intéressant et nécessaire dans la définition du besoin. Nous avons des comités de pilotage qui se tiennent annuellement avec les SAVS et les SAMSA sur les ajustements que l'on doit opérer réciproquement, notamment dans la définition des besoins et des objectifs, et pas seulement sous l'angle financier.

Contrairement à d'autres départements, la Vienne a fait le choix que l'orientation en SAVS ou en SAMSA correspondrait à un objectif précis. Ce n'est pas une orientation large d'accompagnement social. L'objectif doit ensuite être évalué. Concrètement, la CDAPH oriente une personne vers un SAVS en indiquant « accompagnement sur la recherche d'un logement », « soutien à la vie quotidienne », etc.

Les départements ont des moyens limités. Le questionnement porte sur la fin du suivi. Dans le handicap psychique, nous avons moins de sorties du SAVS portées par l'UDAF que pour les autres SAVS. L'accompagnement prend davantage de temps. Les moyens ne sont pas exponentiels alors que les besoins sont réels et grandissants. Nous devons nous ajuster par rapport à la question du temps.

Jean-Jacques CECCONI

Le Conseil général poursuivra-t-il, voire accentuera-t-il sa collaboration ?

Marion ANDRAULT-DAVID

Nous arrivons à la fin du schéma. Nous continuerons la collaboration sur les SAVS et les SAMSA. Nous travaillons avec la MDPH et l'ensemble des établissements et services du secteur du handicap. La MDPH de la Vienne a mis en place pour les adultes, comme elle l'avait déjà fait pour les enfants, un comité de suivi des listes d'attente. En d'autres termes, la MDPH met en relation le nombre de personnes orientées en attente de place, pour tout type de service et d'établissement, ce qui permet au département de calibrer sa réponse.

Jean-Jacques CECCONI

Devez-vous batailler avec le président du Conseil général pour obtenir des moyens ?

Marion ANDRAULT-DAVID

Très franchement, non. La politique du handicap représente 10 % du budget de la Vienne, pour 41 millions d'euros. Il s'agit d'un axe important. Nous avons une présidente de CDAPH qui est très active.

Jean-Jacques CECCONI

Etes-vous satisfaite des services de l'UDAF de la Vienne ?

Marion ANDRAULT-DAVID

Oui, comme de l'ensemble des SAVS et SAMSA.

Jean-Jacques CECCONI

Merci à tous.

Table ronde n°3 : Pour une insertion professionnelle durable

- Patrick GENTY, Directeur du Pôle Insertion, UDAF de la Vienne
- Diane LEVY-CHAVAGNAT, Praticien Hospitalier, Psychiatre, Vice-présidente de la CME au Centre Hospitalier Henry Laborit à Poitiers
- Anne PICHOU, Conseillère en insertion, Service Espoir 86, UDAF de la Vienne
- Marie-Agnès CHABOT, Accompagnatrice socioprofessionnelle, Service Espoir 79, UDAF des Deux-Sèvres
- Sophie AUBIN, Directrice du Pôle Emploi de Niort
- Hugues BELVAL, Délégué Régional de l'AGEFIPH
- Lionel LASCOMBES, Responsable de l'Unité Territoriale de la DIRECCTE 79

Patrick GENTY

L'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique en milieu ordinaire de travail est possible avec un accompagnement adapté et une mobilisation des acteurs de terrain. Cet accompagnement ne peut se faire sans prendre le temps de dresser un diagnostic de situation, construire un projet professionnel cohérent, valider ce projet d'insertion en entreprise par des immersions, accompagner la prise de poste, informer les équipes, soutenir le salarié et accompagner l'entreprise.

Nous partons du principe qu'il est possible d'accompagner une personne en entreprise, mais qu'il est également indispensable d'accompagner la personne dans l'entreprise. Nous ne pouvons pas laisser l'entreprise se débrouiller seule.

Espoir 86 de l'UDAF de la Vienne accompagne des demandeurs d'emploi vers le milieu ordinaire de travail avec des conseillers en insertion formés aux particularités de ce handicap.

En 2011, nous avons répondu à un appel d'offres de l'AGEFIPH. Nous avons su mobiliser des partenariats nouveaux. Nous nous sommes réunis en groupement de coopération et nous avons remporté ce marché.

Fort de ses huit années d'expérience, Espoir 86 a développé une double offre de services avec le soutien de l'AGEFIPH et du FIPHFP, du Conseil général de la Vienne et de l'UT 86 Direccte, d'abord en accompagnement des demandeurs d'emploi. Notre intervention se fait en milieu ordinaire de travail, quel que soit ce milieu de travail - collectivités publiques, petites ou grosses entreprises. En direction des entreprises, nous menons des actions d'information, tant il est important que l'environnement soit sensibilisé

au handicap psychique. Nous proposons des formations de tuteur en entreprise. La DIRECCTE nous suit depuis 2004. Elle finance le suivi en entreprise pendant un an.

Ce travail ne saurait exister sans la participation active du secteur médical. Nous avons une convention avec le centre hospitalier Henry Laborit. Nous travaillons également en lien avec les CAP emploi, les missions locales d'insertion, les entreprises, les collectivités et les centres de formation. Nous ne pouvons pas œuvrer sans la mobilisation des financeurs et des acteurs de l'insertion. Nous avons besoin de tout un maillage.

Ce type de services est transposable dans chaque département. L'essence de notre travail consiste à permettre aux demandeurs d'emploi de retrouver une dignité et une estime de soi grâce à un emploi adapté dans un environnement informé.

Jean-Jacques CECCONI

Anne Pichou et Marie-Agnès Chabot, comment travaillez-vous au quotidien ?

Marie-Agnès CHABOT

Je vais vous présenter le parcours d'un homme qui était âgé de 29 ans au début de l'accompagnement. Cet homme avait été orienté par Pôle Emploi. Sa conseillère avait noté, sur sa fiche de prescription, qu'il réalisait de nombreuses démarches, qu'il passait des essais, mais qu'il n'était jamais retenu. Cet homme résidait chez sa mère. Il avait son permis et un véhicule. Il souhaitait trouver un travail dans la cuisine ou le nettoyage. Il possédait un niveau CAP cuisine. Il avait d'ailleurs déjà effectué une pré-qualification dans le nettoyage.

Cet homme était suivi en pédopsychiatrie depuis l'âge de 13 ans. Le psychiatre qui le rencontre chaque mois depuis 10 ans avait noté qu'il avait des capacités, mais qu'il devait être encadré dans un travail répétitif au début. Cet homme avait trois années d'expérience professionnelle sur des postes d'aide de cuisine ou d'agent de nettoyage. Il se définissait comme plutôt réservé et très lent.

Dès le mois suivant l'accompagnement, il a été embauché dans une entreprise adaptée pour un remplacement de deux mois et demi. Il a intégré la résidence-accueil de l'UDAF. Ensemble, nous avons rencontré son tuteur en entreprise. Dans son bilan de stage, celui-ci indiquait qu'il fallait envisager une orientation en cuisine collective plutôt que traditionnelle, et sur un temps partiel. Partant de ce constat, nous avons envoyé des candidatures spontanées dans la restauration collective et dans des grandes entreprises niortaises. Ce monsieur effectuera un nouveau remplacement de deux mois dans l'entreprise adaptée, avant que je ne transmette sa candidature sur un poste d'équipier polyvalent dans la restauration rapide. Il s'agissait d'un CDI en temps partiel (20 heures). Reçu en entretien, ce monsieur a été retenu. A l'issue de sa période d'essai, son employeur m'a expliqué qu'il apprenait moins vite que les autres, mais qu'il était intégré et que tout le monde l'appréciait. A ce jour, il est toujours en poste, depuis plus de 2 ans maintenant.

Il est primordial de s'adapter à la temporalité de la personne et d'être dans une juste distance. Il faut savoir mettre un cadre par une approche structurante.

Anne PICHOU

Dans la Vienne, 3 conseillers en insertion interviennent à Espoir 86, pour 2,5 ETP. Personnellement, j'interviens dans le nord du département.

Je vais vous présenter la situation d'une demoiselle âgée de 36 ans lors de son arrivée au service, en 2006. Elle était inscrite au Pôle Emploi. C'est le CMP de Châtellerauld qui l'avait orientée vers nous. Au regard du soin, cette jeune femme était stabilisée. Elle pouvait entamer une démarche d'insertion professionnelle à condition d'être accompagnée. Elle n'avait pas d'expérience professionnelle significative, mais avait

occupé des postes dans différents secteurs, jamais sur des contrats très longs. En parallèle, elle était peintre amateur.

Lorsqu'elle est arrivée au service, cette femme nous a expliqué ne pas pouvoir travailler plus de 20 heures par semaine en raison d'une fatigabilité importante. Elle était également très sensible à l'environnement de travail : elle pouvait se retrouver très anxieuse du fait du regard d'un collègue. Nous devions prendre garde aux cadences, cette femme se disant relativement lente. Elle n'avait plus du tout confiance en elle.

Dans un premier temps, il a donc fallu qu'elle reprenne confiance en elle. Une évaluation en milieu de travail a été mise en place dans un chantier d'insertion, sur un poste tri-couturière. L'EMT étant concluante, cette jeune femme a été embauchée. Un suivi s'est mis en place tout au long de son contrat de travail. Ce suivi était mené par Espoir 86, mais également par l'infirmière psychiatrique, qui venait en entreprise avec nous.

Le contrat est arrivé à terme. La jeune femme tenait les cadences de travail. Elle avait même repris confiance en elle. Néanmoins, à la sortie du chantier, elle n'avait pas encore de projet professionnel bien défini. Elle ne pouvait pas à la fois se concentrer sur les tâches qui étaient les siennes au contrat d'insertion et se projeter dans un projet.

Au terme du contrat, nous avons donc repris l'accompagnement afin de réfléchir à un projet professionnel. C'est le deuxième temps de notre action. Cette demoiselle a participé à un groupe reconversion professionnelle porté par un centre de formation. Le bilan a mis en avant sa forte sensibilisation aux métiers de l'artisanat d'art, notamment au métier de tapissier-décorateur. Une période de stage a suivi cette formation courte. Ce stage s'est extrêmement bien passé, d'abord par des semaines de 20 heures, à la fin par une semaine de 35 heures. Son maître de stage a encouragé la jeune femme à se tourner vers la formation, surtout qu'elle s'était rendue compte qu'elle était capable de tenir 35 heures.

Ce temps de validation de son projet s'est avéré décisif. Cette jeune femme a accepté le fait qu'elle n'était plus comme avant, qu'elle ne le serait plus, mais qu'elle était tout de même capable de beaucoup de choses. Elle a découvert qu'elle pouvait avoir une activité artistique et créatrice sans être malade.

La recherche de formation et l'intégration en centre de formation a constitué le troisième temps de notre action. Nous avons trouvé un lieu de formation. Lors de journées portes ouvertes, la jeune femme a découvert que pour disposer d'un temps de validation allégé, elle devait avoir le bac. Elle en avait le niveau, mais elle n'avait pas validé de bac. Elle a donc décidé de passer son bac en candidate libre avant d'intégrer une formation. La préparation de son bac lui a pris une année. Elle l'a décroché. Cette année nous a permis de mobiliser de l'énergie pour trouver les financements de sa formation.

Le GRETA d'Indre-et-Loire a accepté de la recevoir. Nous avons fortement négocié, en aval, les conditions d'accueil de cette personne et son intégration dans le groupe. La coordinatrice du GRETA était très à l'écoute, les financements provenant du Conseil régional et de l'AGEFIPH.

La jeune femme a intégré cette formation en octobre 2012. Le lieu de stage est trouvé. Le temps de formation est un peu adapté, à 30 heures par semaine au lieu de 35. Cette personne a énormément évolué. C'est un exemple criant d'effet positif de l'emploi dans le parcours d'une personne. Cette jeune femme n'a plus de protection. Sa curatelle a été levée car elle est capable de se débrouiller seule. Elle a espacé son suivi avec le CMP et a construit une vie sociale et sentimentale. Elle est tout à fait intégrée en milieu ordinaire de travail.

Au final, ce parcours prouve la nécessité du travail en partenariat, du secteur médical à celui de l'entreprise, en passant par la formation et Pôle Emploi. Il prouve également la nécessité d'un accompagnement long et adapté qui respecte le rythme de progression des personnes.

Jean-Jacques CECCONI

Avez-vous senti des peurs dans votre relation avec l'entreprise ?

Anne PICHOU

Nous avons ressenti des craintes, mais la coordinatrice a été très transparente. Elle s'est battue pour que la jeune femme intègre sa formation, alors que les formateurs nourrissaient de fortes réticences. Nous avons longuement échangé sur les possibilités d'aménagement et de compensation.

Jean-Jacques CECCONI

Diane Lévy-Chavagnat, que nous dites-vous sur l'emploi après ces deux témoignages ?

Diane LEVY-CHAVAGNAT

Il est important pour le patient, ou l'utilisateur, d'être reconnu avec ses désirs et ses attentes. Cet aspect personnalisé est particulièrement important.

En tant que psychiatre, j'essaie d'être au plus près de la réalité de mes patients. Pour nos patients, le travail est souvent synonyme de normalité. Travailler, particulièrement en milieu ordinaire, c'est être comme tout le monde. Bien évidemment, les ESAT sont des lieux indispensables, mais en général, nos patients ont des désirs qui nous surprennent. Il faut rester dans l'idée qu'autant que possible, l'accompagnement doit être du sur-mesure.

Les psychiatres travaillent en équipe avec les infirmiers et les assistantes sociales. Ces partenaires jouent un rôle indispensable de lien, en particulier avec le médico-social. Il ne faut pas les oublier. Il est important que chacun connaisse ses partenaires. Cette connaissance apporte le respect. Il faut donc éviter le clivage entre le sanitaire, le social et le médico-social, sans oublier les associations de patients et de familles de patients, qui ont souvent été à l'origine de projets tout à fait intéressants.

Jean-Jacques CECCONI

Que pensez-vous du second témoignage que nous avons entendu, sur la jeune femme qui avait accompli tout un travail individuel ?

Diane LEVY-CHAVAGNAT

Dans cet exemple, l'origine de la demande, préparée avec l'équipe de soins, était déjà importante. Cette jeune femme avait du potentiel. Du temps lui a ensuite été laissé. Il est important que le temps soit laissé et que les mesures soient pérennisées. La MDPH doit en être consciente. Les psychiatres et les associations comme l'UDAF doivent porter la parole de leurs patients auprès de la MDPH. Si le temps n'est pas suffisant, nous risquons de nous retrouver dans une spirale d'échec extrêmement délétère. Le handicap psychique est un handicap à part. Il n'est pas forcément visible. C'est du ressenti, du vécu.

Dans les deux exemples décrits, c'est un accompagnement serré qui a permis d'aboutir à une arrivée dans le monde du travail, un monde qui est déjà très dur pour les personnes qui ne sont pas handicapées.

Jean-Jacques CECCONI

Un mot sur le terme durable.

Diane LEVY-CHAVAGNAT

C'est un défi d'avoir relevé cet adjectif, mais il faut avoir des défis pour avancer.

Jean-Jacques CECCONI

Sophie Aubin, comment faites-vous, à Pôle Emploi, pour accompagner ces demandeurs d'emploi en situation de handicap psychique ?

Sophie AUBIN

C'est un challenge, et je suis ravie de pouvoir témoigner car notre partenariat avec l'UDAF, en particulier avec Espoir 79, est une vraie réussite de notre point de vue. Ce partenariat se vit au quotidien. Les intervenants d'Espoir 79 sont dans les locaux de Pôle Emploi. Les troubles psychiques, s'ils ne sont pas accompagnés de personnes compétentes, peuvent constituer des freins au respect des obligations de recherche d'emploi.

Espoir 79 accompagne pour nous 130 demandeurs d'emploi sur l'année 2012. Depuis l'instauration du partenariat, en 2008, 350 demandeurs d'emploi ont été accompagnés. Ce partenariat nous est précieux car les conseillers à l'emploi ne sont pas formés et ne sont pas outillés pour gérer les situations complexes de troubles psychiques.

Jean-Jacques CECCONI

Disposez-vous de pourcentages de réussite ?

Sophie AUBIN

L'UDAF Espoir 79 pourrait vous le dire. Ça ne fait pas partie des objectifs que nous suivons. Pour nous, ce qui compte, c'est le confort de travail que procure cet accompagnement aux conseillers et aux demandeurs d'emploi. Du fait du contexte de très forte tension sur le marché du travail, le temps que nous dédions à l'accompagnement de nos demandeurs n'est pas suffisant pour des personnes qui présentent des troubles psychiques.

Jean-Jacques CECCONI

Sentez-vous une volonté du monde de l'entreprise de recevoir ces personnes ?

Sophie AUBIN

Dans mon agence, nous avons noué des liens de partenariat très fort avec les entreprises d'insertion et les collectivités locales. Il existe des volontés, certainement insuffisantes, d'offrir des possibilités d'insertion durable.

Jean-Jacques CECCONI

Hugues Belval, quelles sont les actions de l'AGEFIPH en faveur du handicap psychique ?

Hugues BELVAL

Elles sont nombreuses. L'AGEFIPH a évolué dans sa prise en charge des problématiques liées au handicap psychique. De tout temps, l'AGEFIPH s'est intéressée à ce sujet du handicap mental. Avant la rigueur de la mise en marché de nos prestations, la règle était le subventionnement. Nous pouvions, de gré à gré, convenir d'une convention qui permettait de mettre en œuvre un certain nombre d'actions.

J'aimerais d'ailleurs évoquer une expérience assez illustrative de ce qu'ont été, jusqu'en 2005, les interventions de l'AGEFIPH. Nous avons toujours eu conscience de l'intrication, s'agissant du handicap psychique, du champ professionnel, du social, de la santé et du médico-social.

Le CEPEM avait proposé un outil permettant d'apprécier la symptomatologie résiduelle, autrement dit les conséquences du handicap en termes de cognition ou

d'apprentissage. A ce moment-là, nous pouvions accompagner ces projets sur du long terme, ce que nous avons fait. Aujourd'hui, nous sommes passées aux prestations ponctuelles spécifiques.

Avant d'y venir, j'aimerais que tout le monde comprenne bien que l'AGEFIPH a conscience des caractéristiques du handicap psychique et de la nature de ce qu'il y a à traiter. Les personnes handicapées psychiques présentent des besoins spécifiques qui nécessitent une approche pluridisciplinaire qu'aucune institution ne peut mener seule. Nous connaissons donc l'intrication du social, du médico-social, du sanitaire et du socio-professionnel, même si au bout du compte, nous mettons en œuvre des prestations qui sont spécifiquement dédiées à l'évaluation, à la validation d'un projet professionnel et à l'accompagnement vers l'emploi.

L'activité de l'AGEFIPH est principalement centrée sur l'accompagnement vers l'emploi. Nous sommes donc intéressés par le volume des personnes handicapées psychiques à accompagner. L'ensemble des acteurs s'accorde pour déclarer une augmentation de ces personnes. Toutefois, leur nombre est très difficile à quantifier. Ce handicap n'est pas apparent. Il existe toujours un déni du handicap par les personnes elles-mêmes. Une majorité de cette population n'est envoyée que sur des dispositifs à vocation sociale ou protégés. La problématique d'insertion professionnelle en milieu ordinaire, même si elle est de plus en plus prise en compte, reste une problématique périphérique.

La reconnaissance du handicap psychique au titre de la loi de 2005 a fait surgir une demande nouvelle d'emploi. Nous avons assisté à l'émergence d'une population qui était connue, mais qui n'était pas forcément qualifiée comme relevant du handicap psychique.

Jean-Jacques CECCONI

C'est donc un progrès.

Hugues BELVAL

Oui. D'ailleurs, cette question du handicap psychique est traitée dans la dernière convention que l'AGEFIPH a passée avec l'Etat. Il nous a été demandé de porter une attention particulière à ce handicap et aux prestations que nous pouvions mettre en œuvre.

Jean-Jacques CECCONI

C'est une étape supplémentaire dans le soin.

Hugues BELVAL

Tant que nous avons pu travailler sur le mode du subventionnement, il existait une véritable dimension de soin à travers l'actualisation d'un projet professionnel. En matière d'insertion professionnelle, nous nous heurtons à des difficultés. Le plus souvent, les parcours sont discontinus et marqués par l'intermittence. La stabilisation des troubles, lorsqu'elle est possible, n'est pas de la guérison. Souvent, les troubles ne sont que temporairement atténués. L'impact du traitement médicamenteux peut être important sur le plan cognitif. Il engendre de la fatigabilité et de la fragilité psychologique. Toutes ces composantes sont à prendre en compte dans l'accompagnement vers l'insertion professionnelle. Les personnes handicapées psychiques sont des malades et des personnes handicapées du fait des conséquences de la maladie. C'est l'ensemble de ces difficultés qu'il faut traiter.

Jean-Jacques CECCONI

Est-il possible d'imaginer une évolution du soutien de l'AGEFIPH ?

Hugues BELVAL

L'évolution a été récente. Je trouvais très bien ce que nous faisons avant, même si nous étions amenés à prendre en charge ce qui pouvait dépasser la phase d'accès à l'emploi. Nous prenions en charge des aspects qui relevaient du médico-social. La diminution des collectes fait que nous avons dû nous recentrer. Nous avons mis en place une offre de service, les prestations ponctuelles spécifiques, qui sont fragmentaires et qui ne sont pas complètement en phase avec le besoin d'accompagnement en continu de la personne handicapée psychique.

L'AGEFIPH a conscience des difficultés liées à la problématique du handicap psychique, mais elle a dû se recentrer sur son objet, qui est l'accès à l'emploi, du fait de la baisse des financements, d'où ces prestations ponctuelles spécifiques. Cette offre de services est plus mobilisée en Poitou-Charentes, où l'UDAF portait déjà un certain nombre de prestations, que partout ailleurs en France.

Jean-Jacques CECCONI

Lionel Lascombes, dites-nous ce qu'attendent les entreprises en termes de sensibilisation, de formation et d'accompagnement.

Lionel LASCOMBES

Les entreprises recrutent d'abord sur des compétences. Or il se trouve que globalement, les personnes handicapées ont souvent un niveau de formation inférieur à la population générale. Avant de recruter une personne handicapée, les entreprises peuvent avoir des craintes, voire des réticences. Elles se demandent comment réagir face à une personne qui présente des troubles du comportement ou qui peut être épisodiquement absente. Il est important que le chef d'entreprise ait un interlocuteur qui puisse agir en tant que médiateur entre lui et le demandeur d'emploi handicapé.

Jean-Jacques CECCONI

Sentez-vous une véritable volonté d'embaucher des personnes en situation de handicap psychique ?

Lionel LASCOMBES

Il est clair qu'il existait une volonté avant la crise. Depuis la crise, les entreprises ont un choix plus grand, et malheureusement le chômage des personnes handicapées augmente davantage que le chômage des valides.

Jean-Jacques CECCONI

Dans une campagne récente, l'AGEFIPH expliquait que 93 % des entreprises étaient satisfaites d'avoir employé des personnes en situation de handicap psychique. C'est une vraie réussite.

Lionel LASCOMBES

Tout à fait.

Patrick GENTY

Ce taux porte sur la population globale des personnes handicapées, pas uniquement sur celles en situation de handicap psychique. Toutefois, nous avons mené des enquêtes auprès des entreprises, et toutes celles qui ont recruté par nos services étaient satisfaites. Nous présentons les personnes avec des compétences, pas avec leur handicap. De plus, le public en situation de handicap psychique a un niveau de formation très élevé. Quasiment tous sont qualifiés, d'un niveau BEP/CAP au niveau 1.

Sur la question du temps, la phase de diagnostic est indispensable, mais en parallèle, nous menons avec les organismes de soin un travail de deuil de l'ancien métier. Ce travail d'accompagnement demande également du temps, car nous devons parfois construire un projet à partir de rien.

L'insertion professionnelle est possible, mais elle nécessite un fort partenariat entre les services de soins spécialisés, avec des outils adaptés, du temps pour accompagner et des équipes formées et expertes. La volonté des acteurs de l'insertion est indispensable, de même que le soutien des financeurs.

Depuis 2004, nous avons accompagné environ 700 personnes dans la Vienne. Nous en avons inséré 145 en contrat durable supérieur à 6 mois ou en formation. Les meilleures années, notre taux d'insertion est monté jusqu'à 44 %. Nous étions très contents. Globalement, nous oscillons entre 25 et 45 %. En Poitou-Charentes, le taux d'insertion de travailleurs handicapés serait de 14,52 %, et de 15,84 % dans la Vienne.

Les acteurs de l'insertion professionnelle et du sanitaire constatent toute l'efficacité de ce type de dispositif. Néanmoins, les modes de financement actuels ne permettent pas d'inscrire l'action dans la durée, donc de créer l'égalité d'accès au travail. Il nous semble essentiel que les acteurs de l'insertion professionnelle et du médico-social se réunissent avec les acteurs de terrain pour créer un modèle de financement permettant d'inscrire l'action dans la durée.

Jean-Jacques CECCONI

Merci à tous.

Conclusion

Guillemette LENEVEU

Directrice Générale de l'UNAF

J'aimerais renouveler mes remerciements aux intervenants, qui ont été extrêmement clairs dans leur manière d'aborder ce sujet pourtant complexe. Les experts ont fait preuve de beaucoup de pédagogie. Les acteurs de terrain nous ont livré des témoignages très concrets.

Je remercie également les UDAF, qui nous ont aidés à organiser cet évènement. Cette journée a été un vrai succès. Je pense aux groupes de travail que nous avons engagés hier après-midi. Le programme est riche. Il nous faudra fixer des priorités. J'ai senti beaucoup d'énergie et de motivation.

Il s'est dit beaucoup de choses. Je pense aux cartographies qui ont été présentées. Elles prouvent que notre réseau est très actif. Nous avons un champ de développement devant nous : les activités des UDAF sont variées et les besoins sont importants.

Les UDAF se sont historiquement investies par la voie du logement. Nous avons maintenant d'autres voies à creuser. Je pense à l'insertion sociale et professionnelle. Nous avons sans doute à monter collectivement en compétences.

A partir de la première réunion du groupe de travail, avec l'appui d'une vingtaine d'UDAF, nous pourrons démarrer un certain nombre de chantiers. Nous activerons les partenariats nationaux, qui sont absolument nécessaires au développement concret des initiatives sur le terrain. Nous devons également élaborer un positionnement spécifique de l'UNAF et des UDAF sur la question du handicap psychique. Ce positionnement devra être construit autour de notre identité, à savoir l'approche globale de la famille que nous défendons. Ainsi, nous pourrons considérer le handicap psychique dans les champs où nous sommes déjà présents - scolarisation, soutien à la parentalité, protection de l'enfance, logement, accès au droit, etc.

Cette journée est donc le point de départ d'un travail stimulant. Encore une fois, merci à tous.

Document rédigé par la société Ubiquis – Tél : 01.44.14.15.16 – <http://www.ubiquis.fr> – infofrance@ubiquis.com