

L'insertion sociale des personnes les plus éloignées du marché du travail

*Rapport sur la situation française, les propositions et les bonnes pratiques
par Claude DEUTSCH, Secrétaire général de l'Association Advocacy France
pour la Commission Européenne
pour la Plateforme Sociale
pour Santé Mentale Europe*

Nous étudierons la question de l'insertion sociale des personnes en allant depuis les personnes les plus éloignées aux personnes les moins éloignées.

I - Nous centrerons notre étude sur les besoins des **personnes** en situation de **handicap psychique**, non seulement parce que ce sont les personnes qui nous sont le plus familières puisque notre association est une association d'usagers en santé mentale, mais aussi parce que c'est **le public le plus nombreux** au sein des personnes les plus éloignées du marché du travail.

En effet un handicap psychique (autrefois appelé handicap par maladie mentale) est **extrêmement invalidant** dans le champ professionnel car il génère des comportements asociaux, soit de fuite de la relation à l'autre et de recherche de la solitude, soit de comportements interprétatifs et/ou agressifs et/ou excessifs peu ou pas acceptés par l'entourage, et très généralement, les deux ensemble, soit des comportements d'asthénie et d'apragmatisme peu compatibles avec la demande de performance et de résultats du monde du travail, des comportements, enfin marqués par la variabilité dans le temps et en fonction du contexte dans un monde qui demande adaptabilité et stabilité.

Pourtant beaucoup de personnes en situation de handicap psychique ont un réel potentiel intellectuel, culturel et de formation et une telle volonté pour vaincre l'adversité, deux facteurs qui devraient leur permettre une réelle intégration sociale pour peu que l'on mette à leur disposition des outils qui leur permettent de combler cette situation de handicap, que l'on mette à leur service une **authentique démarche d'accessibilité**.

En France, la loi du 15 février 2005 sur l'égalité des chances des personnes handicapées devrait permettre aux personnes handicapées d'élaborer d'authentiques projets de vie et de bénéficier de moyens de compensation pour mettre en œuvre **ces projets de vie**. Pourtant, actuellement, outre que personne ne sait/ne veuille déterminer les besoins en compensation des personnes handicapées psychiques prises globalement (au-delà des demandes individuelles), référentiel qui permettrait de guider le décideur, les moyens de mise en œuvre des projets personnels par des compensations manquent cruellement. Les usagers qui ont osé présenter des demandes prévues par la loi, déçus par le fait que trop souvent leurs demandes sont prises pour des demandes d'aide sociale ou des demandes de confort, cesseront bientôt de faire toute demande, et les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Maisons Départementales des Personnes Handicapées ne cesseront d'être des « COTOREP nouvellement dénommées CDA » ainsi que la plupart des gens les désignent, toujours attributrices d'allocations d'assistance, au lieu d'être, au sens de la loi du 15 février 2005, des lieux de promotion de l'émancipation, de l'insertion sociale et de la responsabilité.

Des solutions existent pourtant qui permettent aux personnes une vie autonome, en dehors de l'hôpital psychiatrique et de la famille. C'est en effet à tort que l'on pourrait considérer la sortie de l'hôpital pour un retour d'une adulte chez ses parents comme une insertion sociale.

II- Si la vie chez les parents a le mérite d'être une situation de vie dans la cité, elle est génératrice de souffrance pour les uns comme pour les autres, le jeune adulte handicapé ne supportant pas d'être « infantilisé » par ses parents et les parents ne supportant pas la recherche de dépendance et l'inertie du jeune handicapé psychique et son angoisse existentielle, ou parfois même, du fait de l'angoisse générée de part et d'autre la recherche d'indépendance jugée alors irréaliste et/ou inadaptée.

La problématique de la réinsertion sociale part de là : trop souvent l'institution est (hélas) un recours, un tiers, qui permet un espace nécessaire entre parents et jeune adulte psychologiquement perturbé et la vie chez les parents permet (hélas) d'échapper au risque de chronicisation dans l'espace asilaire. Alors, le jeune adulte est ici en **position de balle de ping-pong** si rien de plus ne vient intervenir.

Quelles sont les solutions possibles ?

A - Une **sortie de l'hôpital** bien préparée, c'est-à-dire que soient envisagées, avant sa sortie, avec le jeune, toutes les possibilités autres que le retour chez les parents, logement en appartement, en foyer, etc. S'il s'agit d'une personne ne vivant déjà plus chez ses parents, des conditions préalables à l'hospitalisation doivent être étudiées sérieusement afin que la personne ne se retrouve pas dans les conditions qui justement ont nécessité son hospitalisation.

Toutes les conditions doivent être mises en œuvre pour que la personne puisse être suivie au niveau psychiatrique dans la cité : mise en relation avec les Centres Médico Psychologique, les équipes de visite à domicile, les Centres d'Accueil à Temps Partiel, les hôpitaux de jour, etc. Cependant c'est dès ce moment que devrait être pensé le **relai** par d'autres équipes de suite et **services sociaux** à caractère moins médical et plus social. **En France** actuellement, si **les structures extra hospitalières psychiatriques** existent bien, elles sont trop souvent pensées comme une suite à l'hôpital. Véritables « hôpitaux hors des murs », elles sont **trop souvent pensées comme une fin et non l'origine d'un processus d'insertion.**

Par ailleurs l'accès à ces structures pour des personnes en souffrance psychique ne bénéficiant pas d'une hospitalisation (en particulier les S.D.F. et les personnes marginalisées), est un vrai problème qui sera évoqué infra. Les appartements thérapeutiques communautaires associatifs dépendant des hôpitaux n'existent plus guère.

B – Dans le cas où le jeune adulte retourne chez ses parents, un suivi infirmier à domicile doit être proposé qui doit permettre, en maintenant la présence d'un tiers, d'anticiper et de préparer des conditions de vie en dehors du milieu parental. Ceci est pratiquement inexistant actuellement en France, le seul « tiers » étant trop souvent un C.M.P. surchargé.

C - Dans le cas où le jeune adulte ne retourne pas chez des parents, celui-ci, s'il ne veut pas vivre seul, doit pouvoir bénéficier de structures d'accueil adaptées.

1) Il peut s'agir de **foyers de vie** ou de **foyers d'accueil médicalisés**. Les premiers sont généralement plus adaptés pour des adultes psychotiques déficitaires et sans problèmes de comportement autre qu'un apragmatisme plus ou moins massif. Ils ne sont pas médicalisés. Ils sont en France de création récente, souvent d'obédience « Sauvegarde », ces associations ressentant un besoin pour les jeunes issus des IMPro et incapables de travailler, même en CAT... Ils sont encore **peu nombreux** par rapport aux besoins. Le danger c'est qu'ils soient excentrés, en zone rurale, et vivent en autarcie, reproduisant de nouveaux pôles de sédimentation. Les seconds, médicalisés, reçoivent des jeunes avec des problématiques schizophréniques voir autistes en alliant le soin et la réinsertion, parfois avec des méthodes de psychothérapie institutionnelle (type Foyer Léone Richet à Caen). Ils sont inexistant dans le secteur public, **rare** dans le secteur associatif, ils restent « expérimentaux ».

2) Il peut s'agir « **d'appartements relais** ». Ce sont des appartements indépendants avec quelques services communs (cuisine, salle de repas) et une présence permanente de sécurité au niveau de la structure. Cette formule, très recherchée actuellement en raison de son faible coût, est encore très nouvelle en France. Elle est plus adaptée pour des personnes handicapées physiques ou déficients intellectuels sans troubles du comportement mais ayant besoin de présence rassurante. Elle est plus difficile à mettre en place pour des personnes handicapées psychiques. En effet son faible coût **ne permet pas la présence de personnels réellement formés**

à répondre aux problèmes les plus « étranges. », et à l'angoisse massive, toujours présente, même si elle est diffuse et permet un certain type d'adaptation sociale

- 3) Dans le cas où **la personne handicapée psychique** vit (ou se prépare à vivre) **dans un logement indépendant**, il y vit généralement seul, quelques fois en couple. Beaucoup de ces personnes sont très pragmatiques et ont le plus grand mal à sortir de chez eux. Elles sont alors capables de passer le plus clair de leur temps dans leur lit, et sont également incapables de s'occuper de leur linge. Ces personnes actuellement bénéficient tous d'une tutelle ou d'une curatelle aux majeurs protégés.
- a) La première condition pour que cela soit possible est qu'ils bénéficient d'un « **budget personnel** » ce qui est **possible** en France actuellement à travers l'Allocation aux Adultes Handicapés Celle-ci est majorée si la personne n'est pas en établissement et reconnue handicapée à 80 % **Malheureusement**, beaucoup de personnes handicapées psychiques ne peuvent travailler et ne sont pas reconnues handicapées à 80 % car elles sont en pleine possession de leur bagage intellectuel et physique, et pourtant... elles ne peuvent les utiliser). Dans la réalité, on est encore loin d'un système indexé sur le SMIG.
 - b) Le soutien par des **tuteurs** ou délégués à la tutelle est une bonne et une mauvaise chose. C'est une bonne chose car cette aide permet de mettre en œuvre des projets qui ne pourraient être réalisés sans eux, les personnes handicapées psychiques ayant parfois un rapport très difficile avec l'argent. Il conviendrait cependant que ces personnes ne soient pas mandatées pour **se substituer juridiquement aux** personnes mais pour les soutenir dans leurs démarches (qu'il s'agisse plus d'Advocacy et moins de Guardianship). Le terme de tuteur utilisé dans des cas très différents est malheureux et reflète bien cet état d'esprit.
 - c) Il convient également que ces personnes puissent bénéficier d'une **aide à domicile** pour l'entretien de leur logement, leurs vêtements, leur vaisselle, éventuellement leurs courses. Ces aides à domicile doivent bénéficier d'une **formation** et d'un **encadrement** spécialisé. Des expériences pilotes existent à ce jour en France.
 - d) Les personnes vivant dans leur propre domicile doivent pouvoir bénéficier d'un **suivi médico-social** qui leur permette de prendre progressivement de la distance par rapport aux services médicaux de proximité, organiser leurs loisirs, monter des projets professionnels en lien avec la vie sociale dans la cité. Ces services existent en France, soit non médicalisés (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale : SAVS), soit médicalisés (Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés : **SAMSAH**). Ces derniers sont de création récente et plus adaptés pour des adultes handicapés psychiques, les premiers étant plus pour des personnes déficientes intellectuellement ou physiquement.
 - e) Ces **différentes aides** doivent être correctement **évaluées** et **proportionnelles** aux besoins non seulement des personnes mais des moments pour une même personne, Il faut savoir que, dans le champ du handicap psychique, une aide, pensée comme un soutien peut très rapidement s'avérer être un barrage à l'autonomie de la personne. Le but de ces aides est qu'elles soulagent la personne pour lui permettre d'aller de l'avant mais elles peuvent avoir l'effet inverse et entraîner une **dépendance** ! La réponse à ce paradoxe se trouve dans une politique de réseau qui mette en place une concertation entre les acteurs, concertation dont l'intéressé doit avoir la maîtrise. « L'utilisateur doit être au centre du dispositif » ne doit pas signifier que tout doit être **pensé** pour lui mais **par lui et avec lui**.

III – Doté d'un logement indépendant dans la cité, l'utilisateur en santé mentale doit pouvoir bénéficier **d'une vie dans la cité à part entière**.

A – Trop souvent les usagers en santé mentale restent dans l'orbite des **services de** soin extrahospitaliers (CATTP, Hôpitaux de jour) par manque d'autres possibilités de vie sociale. Ces

services sanitaires de proximité permettent, il est vrai, parfois, une certaine vie sociale. Les Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) notamment permettent souvent aux malades des activités dans la cité même, indépendamment ou collectivement. Mais les personnes ne quittent pas ici le statut de malade.

B – Trop rares sont ceux qui vont spontanément dans des **centres sociaux** et culturels, MJC, ou même simplement au cinéma. C'est qu'ils se sentent « différents », qu'ils ont peur de l'autre, et que rien n'y est fait pour rendre ces lieux facile d'accès.

C – Véritables pépites sont les **Groupes d'Entraide Mutuelle** qui ne sont pas des services sanitaires ou médico-sociaux, mais des lieux, comme le nom l'indique, où les usagers s'entraident pour mener une vie indépendante, collectivement dans la cité. Créés administrativement en septembre 2005, ils sont de taille, de projet et de philosophie différents. Certains sont des clubs de l'UNAFAM, association des parents, d'autres des créations liées à la FNAPSY, d'autres enfin des Espaces Conviviaux Citoyens d'Advocacy. On doit regretter que dans un souci de maillage territorial (qui viserait à palier à la pénurie psychiatrique ?) l'administration ait voulu impulser des créations « par en haut » au lieu de faciliter les initiatives « par le bas » des usagers eux-mêmes.

- 1) Nous reprendrons ici les caractéristiques des **Espaces Conviviaux Citoyens** d'Advocacy, La conception de ceux-ci, antérieure à la circulaire des G.E.M., a participé à l'élaboration de celle-ci et y est fidèle (avec ses caractéristiques propres).

Les Espaces Conviviaux Citoyens sont des lieux **implantés en ville**, en pleine visibilité, souvent dans d'anciens lieux commerciaux. **L'accès** y est **libre** et **volontaire** et personne ne vient sur injonction. Les **usagers** vont être les **promoteurs et les acteurs**, souvent les animateurs des activités qu'ils décideront. L'encadrement minimum, voué à des tâches d'animation et non de soin ou d'éducation a pour but de tenir le cadre d'ensemble et de stimuler l'initiative des acteurs. Ces activités peuvent avoir lieu dans l'espace lui-même, mais aussi souvent à l'extérieur qui peut être une maison des jeunes mais aussi le plein air. Les Espaces Conviviaux Citoyens sont de **véritables écoles de prise de responsabilité** et d'« **empowerment** ». Le plus intéressant dans ces activités c'est d'être **articulées en réseau** avec d'autres acteurs : des mairies, d'autres associations, des centres culturels ou sportifs, etc.

Faut-il préciser que personnel n'a à y apporter sa preuve de sa « stigmatisation » comme personne handicapée psychique ? C'est le bouche-à-oreille qui fait que ce lieu va rassembler des pairs qui ont les mêmes besoins, qu'ils aient ou non été en hôpital psychiatrique. Beaucoup viennent du « monde de l'errance »

. Faut-il également préciser que cette démarche que nous qualifions d'« **empowerment** » est **un prérequis à une démarche d'inscription professionnelle**. L'utilisateur y passe du statut d'assisté-consommateur à celui de responsable-producteur, non pas parce qu'il y est conduit, porté, poussé en quelque sorte dans une démarche de réhabilitation par un « soignant-travailleur social » (cela reproduirait la dépendance), mais par la mise en situation proposée dans l'Espace Convivial Citoyen. Les usagers enfin sont en position d'accueillants de tous ceux qui arrivent, frappent à la porte un jour. Il faut regretter que la politique volontariste décrite supra ait si vite limité les crédits à de nouvelles créations.

- 2) L'articulation des Espaces Conviviaux Citoyens avec l'insertion professionnelle potentielle peut être utilement décrite par la mise en place du « jardin extraordinaire » de l'E.C.C. de Caen. Cette **activité autogérée et coopérative** s'est mise en place à partir du besoin des usagers d'avoir une activité productive (et rémunératrice) adaptée à leurs besoins et à leurs possibilités. Elle s'est mise en place en partenariat avec la mairie d'une commune de la périphérie caennaise et d'autres associations. C'est un « jardin ouvrier » de la commune comme un autre, avec l'accessibilité pour fauteuils roulants en plus. C'est un chantier où l'on vient travailler, lorsqu'on l'a voulu, prévu et qu'on s'est inscrit, avec les autres et amener sa part de propositions. Actuellement les ressources restent dans l'association et la France **manque totalement de support juridique** pour que soit reconnue la dimension économique d'une telle activité. Ce

serait tout à fait indispensable. On voit comment l'insertion c'est d'abord une question de reprise de confiance en soi et de regard des autres sur vous qui vous permet d'être, d'agir, de proposer, puis de produire, et comment ces différents stades sont nécessaires à une réhabilitation personnelle.

- 3) Un autre exemple de chemin dans la réinsertion peut être illustré par **l'embauche** de personnes handicapées dans **l'animation des espaces** conviviaux et citoyens. Untel est arrivé à l'Espace bafouillant, buttant sur chaque mot et stigmatisé comme incapable de travailler. Prenant de jour en jour plus de responsabilités dans l'Espace, il convainc de l'intérêt de son embauche et s'y montre performant. Hélas les crédits ne permettaient qu'une **embauche** précaire en **contrat aidé**. Aujourd'hui il est dans une démarche de formation d'animateur d'atelier peinture (il est artiste). **Aura-t-il l'accompagnement suffisant pour trouver un contrat non précaire et non aidé** à l'issue de sa formation ?

D - Les **centres de formation professionnelle** pour personne en situation de réinsertion existent en France et les formules de stages et de rémunération des stagiaires assez nombreuses pour ceux qui peuvent y accéder. Le problème ici comme il vient d'être dit est la question : après la formation, quel débouché, quel accompagnement ?

E - **Les Equipes de Préparation et de Suite au Reclassement** et les « Cap Emploi » existent partout en France. On peut dire que ce sont des agences de l'emploi spécialisées pour personnes handicapées.

F - Dernière situation intermédiaire avant l'insertion, il convient de citer les **structures de travail protégé** qui ont été ouvertes en France depuis les années 60 pour les handicapés mentaux et un peu pour les handicapés physiques. Actuellement des ESAT se créent pour personnes en situation de handicap psychique dont le fonctionnement est plus souple que les autres ESAT. Il est important que ces sites proposent des situations de travail à temps partiel et des activités ayant des rythmes variés et souples. Là encore il faut souhaiter que le « travailleur protégé » ne soit pas limité dans son devenir. Ces structures permettront-elles d'être des tremplins pour une réinsertion en milieu ordinaire ?

G - Enfin il convient d'évoquer **l'impasse des personnes en grande précarité** matérielle, notamment les personnes entrées clandestinement en France et qui, en principe, se voient de ce fait interdire l'accès au travail. L'effort de ces personnes et de celles qui les soutiennent est d'abord de pouvoir manger, ensuite de pouvoir rester en France, surtout si elles ont des enfants, ensuite d'avoir un toit, et enfin l'accès au soin : aux soins corporels et aux soins psychiques car souvent elles sont traumatisées par ce qu'elles ont vécu.

Tout ou presque est à faire ici, et en dehors de quelques expériences pilotes (comme le centre Françoise Minkowska) pratiquement rien n'existe en France dans le domaine du soin psychique **interculturel**. Il devrait être possible, aujourd'hui en France de bénéficier d'équipes qui prendraient en compte la **diversité culturelle**, mettant en tandem des professionnels et des personnes venant de la culture des personnes à soutenir (Il existe déjà en France de nombreux travailleurs sociaux d'origine étrangère).

Il faut attirer l'attention sur le fait que **beaucoup de sans abris** sont des personnes en grande souffrance psychique, et que souvent ceux-ci n'échappent pas à la prison « comme seul refuge ». Ces personnes sont très démunies, non seulement au niveau culturel, mais même au niveau des **identifications élémentaires** et des **besoins les plus primaires de reconnaissance**.

Pourtant, à l'image des adhérents d'ATD ¼ Monde, certains luttent pour leur **dignité** et organisent des **lieux de production communautaires**, parfois dans une dimension de culture underground (par exemple l'association « Restes » qui réutilise les restes). Ces expériences innovantes manquent de reconnaissance.

Nous avons déjà signalé pour le « jardin extraordinaire » l'absence douloureuse de support juridique pour ce genre d'activité. (Les entreprises d'insertion n'existent plus guère en France, les moyens mis à leur disposition fin des années 80 n'ont pas été pérennisés.)

